

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Prevalence of dysphagia in hospitalized stroke patients
in Sisaket Hospital

ความชุกของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ศศิธร สายยศ, พ.บ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู*

Sasithorn Saiyot, M.D.*

*กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

*Department of Rehabilitation medicine, Sisaket Hospital, Sisaket, 33000, Thailand

*Corresponding author. Emailaddress:b_zerotwo@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น การสำลักอาหารลงสู่ปอดทำให้เกิดปอดติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ และภาวะขาดสารอาหาร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ และศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะกลืนลำบากกับภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรศึกษา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ระยะเวลาที่ศึกษา : 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2561

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลการศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลทั่วไป และคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Bathel index) ตรวจประเมินภาวะกลืนลำบากโดยใช้การประเมิน Modified water swallowing test (MWST) และทำการศึกษาข้อมูล ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งพยาธิสภาพของสมอง และประวัติการเกิดภาวะปอดติดเชื้อขณะนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ จากเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการศึกษา : มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 66 ราย เป็นเพศชาย 39 ราย เพศหญิง 27 ราย มีอายุเฉลี่ย 65 ปี ผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือด 60 ราย และมีเลือดออกในสมอง 6 ราย การศึกษานี้พบความชุกของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล

ศรีสะเกษ ร้อยละ 30 และพบว่าภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากศึกษาพบว่าภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษมีความชุกค่อนข้างสูง และพบว่าภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินและให้การรักษาภาวะกลืนลำบากตั้งแต่วะยะแรกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นตามมา

คำสำคัญ : ภาวะกลืนลำบาก โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะปอดติดเชื้อ

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุริรัมย์ 2561; 33(2): 119-128

ABSTRACT

Background : Dysphagia is a common condition in stroke and associated with increased mortality and morbidity. This study aimed to estimate the prevalence of dysphagia in hospitalized stroke patients in Sisaket Hospital and to investigate the association between dysphagia and pneumonia.

Objective : Hospitalized stroke patients in Sisaket Hospital Duration of study: 1st January 2018 to 30th April 2018

Methods : This study design was cross sectional descriptive study. All subject completed the questionnaire, which include demographic data and Barthel index. Dysphagia was evaluated by using the Modified Water Swallowing Test (MWST). The data of stroke type, location of stroke and pneumonia during hospitalized were collected by chart review.

Results : Sixty-six stroke patients entered the study (39 men, 27 women, mean age 65 years). Sixty patient were ischemic stroke and six patients were hemorrhagic stroke. The prevalence of dysphagia among those stroke patients was 30 percent. In addition there

was a statistically significant association between dysphagia and pneumonia in stroke patients.

Conclusion : The prevalence of dysphagia in hospitalized stroke patients in Sisaket hospital was relatively high (30 percent). Furthermore, dysphagia was significantly associated with pneumonia in stroke patients.

Keywords : Dysphagia, Stroke, Pneumonia

Med J Srisaket Surin Biriram Hosp 2018;33(2):119-128

บทนำ

ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความชุกพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 19 ถึงร้อยละ 81 ขึ้นกับการให้คำจำกัดความของภาวะกลืนลำบากในแต่ละการศึกษา วิธีที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รวมถึงระยะเวลาที่เลือกใช้ในการศึกษา⁽¹⁻³⁾

การที่ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น การสำลักอาหารลงสู่ปอดทำให้เกิดปอดติดเชื้อ⁽⁴⁻⁵⁾ ภาวะขาดน้ำ ภาวะขาดสารอาหาร ต้องให้อาหารทางสายยางซึ่งจะทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อทางเดินอาหาร ส่งผลกระทบต่อการเข้าสังคม และมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยตามมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารและน้ำ ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต⁽⁶⁾ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้การวินิจฉัยและรักษาภาวะกลืนลำบากได้ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁽⁷⁾

ภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก (aspiration pneumonia) คือภาวะที่มีอาหาร น้ำ น้ำลาย หรือสิ่งตกค้างจากกระเพาะอาหารเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจระดับที่ต่ำกว่าสายเสียงแท้ (true vocal cord) และเกิดการติดเชื้อ โดยเกิดได้สองลักษณะคือ การสำลักอย่างรวดเร็วในปริมาณที่มาก เช่น การสำลักสิ่งตกค้างจากกระเพาะอาหารเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง และการสำลักที่เกิดขึ้นทีละน้อยหลายๆ ครั้ง⁽⁸⁾ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากมีโอกาสเกิดปอดติดเชื้อคือ การที่กล่องเสียงยกตัวขึ้นมารับกับฝาปิดกล่องเสียงข้างลง และการยกตัวของกระดุกไฮออยด์ลดลง ส่งผลให้อาหารอยู่ในระยะคอหอยนานขึ้นจึงเกิดความเสี่ยงสูงในการเกิดการสำลักอาหารและเกิดปอดติดเชื้อได้⁽⁹⁾

ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมองนั้นอาจส่งผลกระทบต่อภาวะกลืนลำบากที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่เกิดพยาธิสภาพบริเวณสมองใหญ่ (cerebral hemisphere) จะมีผลต่อทั้งระบบประสาทสั่งการและระบบประสาทรับความรู้สึกของกระบวนการกลืน พยาธิสภาพบริเวณสมองซีกซ้าย (left hemisphere) อาจส่งผลกระทบต่อความ

เข้าใจและการใช้ภาษาในการสื่อสารของผู้ป่วย รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อในหน้าซีกขวา ริมฝีปาก และลิ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุล เกิดอาการอ่อนแรง และทำงานไม่สัมพันธ์กัน พยาธิสภาพบริเวณสมองซีกขวา (right hemisphere) อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อในหน้าซีกซ้าย และอาจทำให้ความสามารถในการจดจำขั้นตอนการกลืนลดลง พยาธิสภาพบริเวณก้านสมอง (brain stem) อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดภาวะกลืนลำบากในระยะคอหอยได้⁽¹⁰⁾

ในงานวิจัยนี้ผู้ทำการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ และศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะกลืนลำบากกับภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำผลที่ได้จากงานวิจัยไปวางแผนการรักษา และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะภาวะกลืนลำบากในโรงพยาบาลศรีสะเกษต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข

ดำเนินการเก็บข้อมูลการศึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลทั่วไป และคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

(Bathel index) ทำการศึกษาข้อมูล ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งพยาธิสภาพของสมอง และประวัติการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ขณะนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ จากเวชระเบียนผู้ป่วย และทำการตรวจประเมินภาวะกลืนลำบาก โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ตรวจประเมิน เครื่องมือที่ใช้ประเมินคือ Modified water swallowing test (MWST) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความปลอดภัย สามารถตรวจได้ข้างเดียวของผู้ป่วย มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 71 และมีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับการตรวจด้วยวิธี videofluoroscopy⁽¹¹⁾ มีวิธีการคือให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานน้ำปริมาณ 3, 10 ซีซี โดยใช้กระบอกฉีดยาหรือช้อน จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยกลืน ซึ่ง MWST มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน และคะแนน 1 ถึง 3 คะแนน ถือว่ามีภาวะกลืนลำบาก

ประชากรศึกษาและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาในการศึกษาค้นครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2561 และมีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเมเร็งช่องปากและคอหอย ที่เคยได้รับการผ่าตัดหรือฉายรังสีที่บริเวณศีรษะและลำคอหรืออยู่ระหว่างการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัวและระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Barthel index)

2. ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งพยาธิสภาพของสมอง
3. ข้อมูลภาวะกลืนลำบากในการมานอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ได้แก่ คะแนน MWST
4. ข้อมูลการเกิดภาวะปอดติดเชื้อขณะนอนโรงพยาบาลครั้งนี้

การวิเคราะห์ผล

บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SPSS version 17

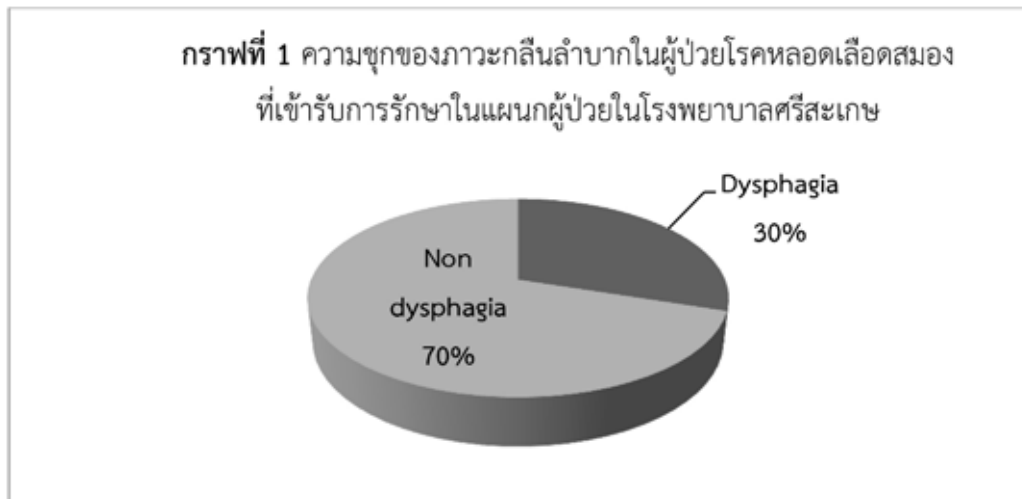
1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. Chi-square ใช้สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะกลืนลำบากกับอายุ ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง และภาวะปอดติดเชื้อกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 66 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 59.1 ($N=39$) อายุเฉลี่ย 65 ปี เป็นผู้ป่วยสมองขาดเลือด ร้อยละ 90.9 ($N=60$) ผู้ป่วยเลือดออกในสมองร้อยละ 9.1 ($N=6$) มีคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเฉลี่ย (Bathel index) ร้อยละ 63.1 และมีข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีความชุกของภาวะกลืนลำบากร้อยละ 30 ดังแสดงในกราฟที่ 1 และพบว่าภาวะกลืนลำบากกับอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.018$) ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะกลืนลำบากกับตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองดังแสดงในตารางที่ 2

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเกิดปอดติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 10 ราย ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 1 ราย จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 66 ราย โดยพบว่าภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะปอดติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูล	จำนวนทั้งหมด (N=66)	ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืน ลำบาก (N=20)	ไม่มีภาวะกลืนลำบาก (N=46)
เพศ, จำนวน (%)			
ชาย	39(59.1)	6(30)	25(54.3)
อายุ (ปี)			
Mean±SD	65.8±13.6	72.8±9.9	62.8±13.9
Min-max	21-88	53-88	21-85
โรคประจำตัว, จำนวน (%)			
DM	10(15.2)	2(10.0)	8(17.4)
HT	33(50)	9(45.0)	24(52.2)
DLD	27(40.1)	6(30)	21(45.7)
AF	14(21.2)	9(45)	5(10.9)
Parkinson	1(1.5)	0(0)	1(2.2)
Bathel index			
Mean±SD	63.1±34.4	29.5±31.7	77.8±23.7
Min-max	10-90	10-90	10-90
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง, จำนวน (%)			
สมองขาดเลือด	60(90.9)	19(95.0)	41(89.1)
เลือดออกในสมอง	6(9.1)	1(5.0)	5(10.9)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะกลืนลำบากกับอายุและตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง

ข้อมูล	ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก (N=20)	ไม่มีภาวะกลืนลำบาก (N=46)	p-value
อายุ, จำนวน (%)			
< 60 ปี	2(10.0)	17(36.9)	0.018
≥ 60 ปี	18(90.0)	29(63.1)	
ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง, จำนวน (%)			
MCA*	6(30.0)	8(17.4)	0.472
Frontal	1(5.0)	6(13.0)	
Basal ganglia	6(30.0)	15(32.6)	
Cerebellar	2(10.0)	4(8.7)	
Occipital	0(0)	3(6.5)	
Parietal	1(5.0)	6(13.0)	
Thalamus	4(20.0)	4(8.7)	

*Middle cerebral artery

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของภาวะกลืนลำบากกับภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	มีภาวะกลืนลำบาก (N=20)	ไม่มีภาวะกลืนลำบาก (N=46)	p-value
มีปอดติดเชื้อ, จำนวน (%)	10(50.0)	1(2.2)	<0.001
ไม่มีปอดติดเชื้อ, จำนวน (%)	10(50.0)	45(97.8)	

บทวิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ ร้อยละ 30 จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 66 ราย ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Sala R. และ Barer D.H. ที่ทำการศึกษาระยะ

กลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Modified water swallowing test โดยพบว่ามีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 36.4 และร้อยละ 29 ตามลำดับ⁽¹²⁻¹³⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาภาวะกลืนลำบาก ด้วยวิธี Videofluorography ของ Smithard D.G. และ Teasell R. พบความชุกของภาวะกลืนลำบากใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 51 และร้อยละ 55 ตามลำดับ โดยอายุเฉลี่ยผู้ป่วยในการศึกษาของ Smithard D.G. คือ 79 ปี ซึ่งสูงกว่าการศึกษานี้ และในการศึกษาของ Teasell R. ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณก้านสมอง⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ ดังนั้นการใช้เครื่องมือประเมินภาวะกลืนลำบากที่แตกต่างกัน อายุผู้ป่วย รวมถึงตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองที่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้พบค่าความชุกที่แตกต่างจากการศึกษานี้ได้

จากผลการศึกษาของ Veis S.L. ที่ทำการศึกษาความผิดปกติของการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Videofluorography พบว่า สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ รีเฟล็กซ์การกลืนบริเวณคอหอยที่เกิดช้ากว่าปกติ ความแรงของการหดตัวกล้ามเนื้อคอหอยลดลง รวมถึงมีการลดลงของกำลังและการประสานงานของกล้ามเนื้อ⁽¹⁶⁾

ผลการศึกษาพบว่าภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.018$) ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษาของ Lin L.C. และ Gordon C. ที่พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะกลืนลำบากเพิ่มขึ้น⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ เนื่องจากผู้สูงอายุมีกำลังกล้ามเนื้อของลิ้นที่ใช้ในการส่งผ่านอาหารไปยังคอหอยลดลง และกระดูไฮออยด์มีการเคลื่อนที่ช้าลง⁽¹⁹⁾ มีการศึกษาพบว่านอกจากผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบากมากขึ้นแล้ว ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกลืนลำบากที่มีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อย และอาจส่งผล

กระทบตามมา เช่น ภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร ส่งผลให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁽²⁰⁾ จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากและผลกระทบที่อาจเกิดตามมาให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจ เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

จากการศึกษาของ Gordon C. และการศึกษาของ Cabre M. พบว่าภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁸⁻²¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษานี้ที่พบว่าภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) การศึกษาของ John R.A. พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากมีโอกาสเกิดปอดติดเชื้อจากการสำลักทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย⁽²²⁾ โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากมีโอกาสเกิดปอดติดเชื้อคือ การที่กล่องเสียงยกตัวขึ้นมารับกับฝาปิดกล่องเสียงช้าลง และการยกตัวของกระดูไฮออยด์ลดลง ส่งผลให้อาหารอยู่ในระยะคอหอยนานขึ้นจึงเกิดความเสี่ยงสูงในการเกิดการสำลักอาหารและเกิดปอดติดเชื้อได้⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร อายุที่มากขึ้น รวมถึงโรคประจำตัวร่วมอื่นๆ เช่น chronic obstructive lung disease เป็นต้น อาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดการสำลัก คือ เสียงเปลี่ยน

มีอาหารไข้อขณะกลืนใช้ระยะเวลาในการกลืนนาน มีความผิดปกติของ gag reflex และการรับความรู้สึกบริเวณ laryngopharyngeal ลดลง⁽²³⁾

ดังนั้นจึงควรมีการประเมินและให้การรักษากว้างกลืนลำบากตั้งแต่ระยะแรกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดติดเชื้อ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

สรุปผลการศึกษา

จากศึกษาพบว่าภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษมีความชุกค่อนข้างสูง (ร้อยละ 30) และพบว่าภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005;36(12):2756-63.
2. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morway A, Meisterernst J, Schlager M, Mono ML, [et al.] Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148424.

3. Ebihara S, Sekiya H, Miyagi M, Ebihara T, Okazaki T. Dysphagia, dystussia, and aspiration pneumonia in elderly people. *J Thorac Dis*. 2016;8(3):632-9.
4. Johnson ER, McKenzie SW, Sievers A. Aspiration pneumonia in stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993;74(9):973-6.
5. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*. 2003;124(1):328-36.
6. Sharma JC, Fletcher S, Vassallo M, Ross I. What influences outcome of stroke-pyrexia or dysphagia? *Int J Clin Pract*. 2001;55(1):17-20.
7. Martino R, Pron G, Diamant N. Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke : insufficient evidence for guidelines. *Dysphagia*. 2000;15(1):19-30.
8. Ebihara S, Sekiya H, Miyagi M, Ebihara T, Okazaki T. Dysphagia, dystussia, and aspiration pneumonia in elderly people. *J Thorac Dis*. 2016;8(3):632-9.
9. Almirall J, Rofes L, Serra-Prat M, Icart R, Palomera E, Arreola V, [et.al]. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *Eur Respir J*. 2013;41(4):923-8.
10. Heart and Stroke Foundation of Ontario . Management of Dysphagia in Acute Stroke; An Educational Manual

- for the Dysphagia Screening Professional. Toronto: Heart and Stroke Foundation of Ontario; 2006.
11. Osawa A, Maeshima S, Tanahashi N. Water- swallowing test: screening for aspiration In Stroke patients. *Cerebrovasc Dis.* 2013;35(3):276-81.
 12. Sala R, [et.al]. Swallowing changes in cerebrovascular accidents: incidence, natural history, And repercussions on the nutritional status, morbidity, and mortality. *Rev Neurol.* 1998;27:759-66.
 13. Barer DH. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1989;52(2):236-41.
 14. Smithard DG, O'Neill PA, Park C, Morris J. Complications and outcome after stroke: does dysphagia matter? *Stroke.* 1996;27(7):1200-4.
 15. Teasell R, Foley N, Fisher J, Finestone H. The incidence, management, and complications of dysphagia in patients with medullary strokes admitted to a rehabilitation unit. *Dysphagia.* 2002; 17(2):115–20.
 16. Veis SL, Logemann JA. Swallowing disorders in persons with cerebrovascular accident. *Arch PhysMed Rehabil.* 1985;66(6):372-5.
 17. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in taiwan. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(6):1118-23.
 18. Gordon C, Hewer RL, Wade DT. Dysphagia in acute stroke. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;295(6595):411-4.
 19. Rofes L, [et al.] Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil.* 2010;22(8):851-8.
 20. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary M. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging.* 2012;7:287-98.
 21. Cabré M, Serra-Prat M, Force L, Almirall J, Palomera E, Clavé P. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observationalprospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014;69(3):330-7.
 22. John RA, Benjamin DM. Aspiration pneumonia after stroke: Intervention and prevention. *The Neurohospitalist.* 2011;1(2) :85-93.
 23. Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L. Early Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients. *Stroke.* 2003;34(5):1252-7.