

ผลของโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลอุดรธานี
ยุพาพร วัชรโชติตระกูล.พย.บ. สส.ม.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอุดรธานี
ปัญญาวัฒน์ หิรัญแสงไพศาล. พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก และ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ในหอผู้ป่วย stroke unit โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มละ 33 ราย จำนวนทั้งหมด 66 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก 2) การประเมินการกลืน 3) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก และจัดทำแผ่นพับให้ความรู้ในเรื่องการบริหารกลืนเนื้อที่ใช้การกลืน 10 ท่า 4) การประเมินผลลัพธ์การเกิดปอดอักเสบ ดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มควบคุมจากเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างวันที่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ 2566 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ 2566 จำนวน 33 ราย และกลุ่มทดลองเก็บข้อมูล วันที่ 1 มกราคม พ.ศ 2567 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ 2567 จำนวน 33 ราย การวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ใช้ chi-square

ผลการวิจัย ข้อมูลทั่วไประหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มโดยใช้ chi –square พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.038$) โดยในกลุ่มควบคุมพบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักร้อยละ 9.1 ส่วนกลุ่มทดลองไม่พบเลย (ร้อยละ 0.0) เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 26.80 คะแนน หลังการทดลอง เท่ากับ 30.80 คะแนน

สรุปและข้อเสนอแนะ การป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักควรมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ก่อน และหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และควรจะมีการแนะนำผู้ดูแลให้มีประเมินการสำลัก และการดูแลเพื่อป้องกันการสำลักอย่างต่อเนื่องไปจนถึงหลังจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาล โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบจากการสำลัก

Effects of Program for Prevent Aspiration Pneumonia with Acute Ischemic Stroke in Udonthani hospital

Yupaporn Watcharachosttrakoon.MPH. Nursing Administration of stroke

Panyawat Hirunsangphisan. Bachelor of Nursing Science

Abstract

Methods: This quasi-experimental research aimed to compare the occurrence of aspiration pneumonia of ischemic stroke. The samples were 66 patients with acute Ischemic stroke who were admitted into the stroke unit of Udonthani hospital, selected through purposive sampling and the eligibility criteria. Subjects were divided into two groups; the experimental group received a nursing program for prevent aspiration pneumonia and the control group received the hospital routine care. A program nursing program for prevent aspiration pneumonia comprised of four steps; 1) High risk for aspirate pneumonia screening 2) Dysphagia Screening Test 3) Nursing care for dysphagia with documents for patients and care givers to exercise the swallowing muscles 10 poses. 4) Assessment for aspiration and pneumonia. The content validities of the program and study instruments were determined by three experts. A control group data collected from patient medical records during 1 October - 31 December 2023, and an experimental group data collected from 1st January - 31st March 2024. Data were analyzed through descriptive statistics, the Chi square test and T-test

The results revealed that general information between the two groups had no statistical difference. The incidences of aspiration and pneumonia were found only in the control group (9.1%) with no incidence in the experimental group (0.0%), this was statistically significant difference (p-value = 0.038). Average nursing practice scores before was 26.80 lower than after the experiment (30.80), this was statistically significant difference (p < 0.001).

The program showed the trend of aspiration and pneumonia reduction in these patients. The researchers suggest that aspiration should be assessed while the patients are eating and

Keywords. nursing program, acute ischemic stroke patients, aspiration pneumonia

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี¹ รายงานจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (The world stroke organization) พบว่า ประชากรป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 17 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี 2568 จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 6.5 ล้านคน² ความบกพร่องด้านการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสัมพันธ์กับ พยาธิสภาพของโรค โดยเฉพาะบริเวณตำแหน่งก้านสมองร่วมกับการขาดเลือดแบบข้างเดียว (unilateral) หรือสองข้าง (bilateral hemisphere) และหลายจุด (multiple infarctions) ส่งผลกระทบต่อเส้นประสาท คู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 โดยจะพบภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 45.06 ในขณะที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล³ ซึ่งสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักอาหาร และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 3 เดือนแรก⁴ ความบกพร่องด้านการกลืนลำบากส่งผลทำให้การควบคุม การพูด การเคี้ยว การกลืน และการหลั่งของน้ำลายลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ไอ สำลัก⁵ และส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ หรือที่เรียกว่า ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirate pneumonia) เป็นผลมาจากการที่สารต่าง ๆ ที่ปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่เจริญเติบโตในช่องปากและลำคอตกลงไปในหลอดลมและปอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะแรกภายใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุการเกิดมักสัมพันธ์กับการสำลักจากภาวะการกลืนลำบาก ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นตัวช้าลง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และเพิ่มความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้ร้อยละ 13.2 - 42⁶ ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปอดอักเสบจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยตั้งแต่ 3 - 14 วัน และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ย 5,000- 25,000 บาทต่อคน นอกจากนี้ยังขัดขวางการฟื้นตัวและที่สำคัญเป็นสาเหตุที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด⁶

ข้อมูลโรงพยาบาลอุดรธานีในปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2267, 2263 และ 2505 คน ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยโรคกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) จำนวน 1483, 1531 และ 1628 คน ตามลำดับ พบว่าเกิดปอดอักเสบจากการสำลักร้อยละ 7.8, 4.1, และร้อยละ 3.5 ตามลำดับ⁷ ทำให้ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น บางรายได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มวันนอนในโรงพยาบาลและบางรายเสียชีวิต ถึงแม้จากสถิติจะพบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักมีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงมีสัดส่วนสูง เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการป้องกันปอดอักเสบเดิม ที่มีแนวทางการประเมินการกลืนไม่ชัดเจนและปฏิบัติไม่เหมือนกัน ทำให้พยาบาลปฏิบัติไม่ครบถ้วน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมเอกสารงานวิจัยเพิ่มในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักให้ลดลงจากปัจจุบันและสามารถนำไปใช้ในจังหวัดอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มอิสระต่อกัน วัดผลก่อนหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีสองกลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย stroke unit จำนวน 66 คน แยกเป็นกลุ่มควบคุม 33 คน โดยเก็บข้อมูล ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ 2566 - 31 ธันวาคม พ.ศ 2567 และกลุ่มทดลอง

จำนวน 33 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ 2567 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่มีระดับ Glasgow Coma Score (GCS) 8 – 15 เลือกมาระดับคะแนนละ 4 คน จนครบ 33 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป N4 study Application⁸ สูตร Two dependent proportion โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$P01 = \frac{n01}{n} , P10 = \frac{n10}{n}$$

$$n = \left[\frac{Z_1 - \alpha / 2 \sqrt{p01 + p10} + Z_1 - \beta \sqrt{p01 + p10 - (p01 - p10)^2}}{\Delta} \right]^2$$

กำหนดค่า

$Z\alpha$ คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด เท่ากับ 0.05 หรือ Alfa (α) คือค่าคงที่ เท่ากับ 0.05

$Z\beta$ คือ อำนาจการทดสอบ ค่าคงที่เท่ากับ 0.2 หรือ Beta (β) คือค่าคงที่ เท่ากับ 0.2

Delta Margin (δ) คือความแปรปรวน เท่ากับ 0.05

P1 = อัตราการเกิดปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ ร้อยละ 7.8⁷ หรือสัดส่วน = 0.78

P10 = อัตราการเกิดปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ ร้อยละ 4.1⁷ หรือสัดส่วน = 0.41

คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป N4study ได้ sample size group 1 = 33 group 2 = 33

จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 ราย รวม 66 ราย

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย stroke unit มีทั้งหมด 10 คน เสนอในการคัดเลือกเข้าคือ พยาบาลทุกคนที่ทำงานในหอผู้ป่วย stroke unit ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือ 10 คน (ทุกคน)

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิสำเนา โรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยง ระยะเวลาเกิดอาการ

- แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score; GCS) ของ Graham Teasdale มีการปรับใช้เป็นแบบฟอร์มของโรงพยาบาลอุดรธานี

- แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลอุดรธานี ปรับจากแบบประเมินของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health Stroke Scale, NIH Stroke Scale; NIHSS) มีทั้งหมด 11 ข้อคะแนนเต็ม 42 คะแนน โดยแปลผลดังนี้

0 – 4 คะแนน เท่ากับ mild stroke

5 - 15 คะแนน เท่ากับ mild to moderate

15-24 คะแนน เท่ากับ severe stroke

≥ 25 คะแนน เท่ากับ very severe stroke

- แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ของโรงพยาบาลอุดรธานี ปรับใช้จาก modified Barthel index score (BIS) มี 10 หัวข้อย่อย มีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 1-3 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1. โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ประกอบด้วย แนวทางประเมินการกลืน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ปรับปรุงจากแนวทางประเมินการกลืนของสถาบันประสาท⁹ ผู้วิจัยได้จัดทำแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีกลืนลำบาก และการบริหารกล้ามเนื้อช่วยการกลืนขึ้นมาใหม่ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาท 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์หญิง สตรีรัตน์ อ่อนสนิท แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาทของอายุรกรรม 2) นายแพทย์อาทิตย์ โพธิ์กำจร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาทและการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง 3) นางธิญิณณ เกณสาคุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญ สถาบันประสาทกรุงเทพมหานคร ได้ค่า

content validity ratio 0.91 ใช้เวลาในการสร้าง ตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไข 3 เดือน (ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ 2567)

2.2. แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการ ป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาคเท่ากับ 0.85 เป็นแบบสังเกต ประกอบด้วยข้อสังเกต 16 ข้อ โดยมี เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 32 คะแนน แบ่งคะแนนรวมเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 25 – 32 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ในระดับดี มาก 17 – 24 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ในระดับดี 9 - 16 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ในระดับดีปานกลาง 0 – 8 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย

วิธีการดำเนินการวิจัย

I. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน(กลุ่ม ควบคุม) ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม ซึ่งปฏิบัติเป็น ปกติในช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนโดย ผู้วิจัยในช่วงตั้งแต่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ 2566

II. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (กลุ่ม ทดลอง) ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการป้องกันปอด อักเสบใหม่ที่พัฒนาขึ้นทุกรายที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม พ.ศ 2567 โดยมีการปฏิบัติดังนี้

1. การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ จากการสำลัก ดังนี้

1.1 ประวัติเกี่ยวกับการกลืนลำบากและการสำลัก มาก่อนมาโรงพยาบาลระยะเวลาที่เป็น

1.2 การประเมินปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการสำลัก ได้แก่ มีอาการกลืนลำบาก ไอหลังดื่มน้ำ อาเจียน มีการใส่ ท่อช่วยหายใจ มีการใส่ NG ระดับความรู้สึกตัวลดลง อายุ มาก ได้รับยานอนหลับหรือยากันชัก

1.3 มีอาการแสดงของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ เสียงแหบ พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ไอผิปกติ ไอขณะกลืนรีเฟล็กซ์ การขย้อน (gag reflex) ผิปกติ ถ้ามีความผิปกติอย่าง น้อย 2 อย่างให้สงสัยว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาการกลืนลำบาก

1.4 ประเมินอาการทางระบบประสาทโดยใช้ GCS ถ้าคะแนน ≤ 11 ให้ถือว่ามีความเสี่ยงกลืนลำบาก ถ้ามี คะแนน GCS ตั้งแต่ 12 ขึ้นไปให้ประเมินด้วยแบบประเมิน การกลืนทุกราย

2. การประเมินการกลืน

2.1 ประเมินการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืน ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก Dysphagia Screening Test ของ สถาบันประสาท โดยเพิ่มคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดปอด อักเสบจากการสำลัก และเพิ่มเป็น 4-step swallowing screen ดังนี้

1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการกลืนลำบาก

ประเมินระดับความรู้สึกตัว ถ้า ≤ 11 ไม่ต้องทำข้อ 2

() ผ่านคือ มี GCS ≥ 12 ให้ทำต่อข้อ 2 และ 3

() ไม่ผ่าน มี GCS ≤ 11 ให้ทำตามข้อ 3

2. การประเมินการกลืนด้วย

2.1 เริ่มจากประเมิน GCS ถ้าน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 11 คะแนนให้ถือว่ามีความเสี่ยงการกลืนลำบาก

2.2 ถ้า GCS ถ้ามามากกว่าหรือเท่ากับ 12 ให้ ทดสอบทดสอบโดยการจัดทำน้ำ 90 องศาและให้กลืน น้ำลาย 3 ครั้งใน 30 วินาที ถ้าพบปัญหาให้ดื่มน้ำดอาหาร ทางปากเด็ดขาดและปรึกษานักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist; OT)

2.3 ถ้าสามารถกลืนน้ำลายได้ 3 ครั้ง ให้จิบ น้ำเปล่า 1 ช้อนชา 3 ครั้ง ถ้าพบปัญหาให้ดื่มน้ำดอาหาร ทางปากเด็ดขาดและปรึกษานักกิจกรรมบำบัด

2.4 ถ้าจิบน้ำเปล่า 1 ช้อนชา 2 ครั้ง และ 1 ช้อน โตะ 1 ครั้ง ได้ ให้ดื่มน้ำเปล่าครึ่งแก้วหรือ 50 ซีซี 1 ครั้ง ถ้าพบปัญหาให้ดื่มน้ำดอาหารทางปากเด็ดขาดและปรึกษา นักกิจกรรมบำบัด

2.5 ถ้าสามารถดื่มน้ำเปล่า ครึ่งแก้วหรือ 50 ซีซี ได้ โดยไม่มีอาการ ไอ หรือสำลักและไม่มีเหตุผลอื่นที่ต้องงดน้ำด อาหาร ให้รับประทานอาหารและน้ำได้ตามแพทย์สั่ง

2.6 สังเกตและประเมินการกลืนของผู้ป่วยขณะ รับประทานอาหารธรรมดา

2.7 จัดให้ผู้ปวยนั่งตัวตรงหรือศีรษะสูง 90 องศา ทั้งก่อนและระหว่างรับประทานอาหาร

2.8 ทดสอบโดยให้ผู้ปวยดื่มน้ำครึ่งแก้ว (50 ซีซี) ก่อนรับประทานอาหารมื้อต่อไป

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก

3.1 ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากเล็กน้อยแต่ยังสามารถกลืนอาหารได้ ให้พิจารณาปรับอาหารให้มีความเข้มข้นเหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย เช่น อาหารบด อาหารอ่อน โยเกิร์ต เป็นต้น การให้อาหารควรปฏิบัติดังนี้

1) จัดท่าสำหรับการรับประทานอาหารให้นั่งตัวตรง ศีรษะและลำตัวอยู่แนวแกนกลาง ก้มหน้าให้คางชิดหน้าอก เพื่อช่วยลดการเปิดของกล่องเสียง ทำให้อาหารไม่ตกลงในหลอดลม ป้องกันการสำลัก

2) ไม่เร่งผู้ป่วยให้เคี้ยวและกลืนอาหารเร็ว ควรให้เวลาในการเคี้ยวและกลืนอาหารพอสมควร แต่ถ้าเคี้ยวนานเกิน 45 – 60 นาที ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการสำลักเพิ่มขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและกลืนอ่อนแรง

3) ใช้เทคนิคกระตุ้นการกลืน โดยการหายใจเข้าลึกๆ กลั้นหายใจและกลืนอาหาร

4) ถ้ามีอาการไอขณะกลืนอาหาร และมีเศษอาหารตกค้างในปาก ให้ผู้ป่วยกระแอมเพื่อเอาเศษอาหารออกจากปาก หรือช่วยผู้ป่วยเอาเศษอาหารออก

5) ประสานงานกับนักกิจกรรมบำบัดในการฝึกกลืน

3.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนลำบากปานกลางถึงรุนแรง หรือประเมิน GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับอาหารทางสายยาง พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

1) ประสานกับแพทย์และนักโภชนาการในการกำหนดสูตรอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2) ดูดเสมหะและน้ำลายก่อนให้อาหารสายยางทุกครั้ง

3) ทำความสะอาดปากฟันก่อนและหลังให้อาหารและก่อนนอน โดยการแปรงฟันล้างปากให้สะอาด เพื่อลดแบคทีเรียในช่องปาก ด้วยการดูดน้ำให้หมด เพื่อป้องกันการสำลัก

4) จัดท่านอนหัวสูงประมาณ 30 องศา ศีรษะและลำตัวอยู่แนวแกนกลาง

5) ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางก่อนให้อาหารทุกครั้ง โดยการใส่อากาศ 5 ซีซี และฟังเสียงลมในกระเพาะอาหารตรงตำแหน่ง xyphoid และดูของเหลวจากกระเพาะอาหารถ้ามากกว่า 100 ซีซี ให้เลื่อนมืออาหารออกไป 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 100 ซีซี ให้อาหารสายยางได้ตามปกติ

6) ให้อาหารสายยางแบบหยด ช้าๆประมาณ 30 นาที

7) หลังให้อาหารสายยางให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหัวสูงประมาณ 30 องศาประมาณ 45-60 นาที

8) ระวังการดื่งสายยางให้อาหารออกบ่อยๆ เพราะการใส่สายยางใหม่จะเป็นการกระตุ้นการสำลักเพิ่มขึ้น ควรให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการดื่งสายยางให้อาหาร

9) ให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและญาติในเรื่องความสำคัญของการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก สอนวิธีการให้อาหารสายยางที่ถูกต้อง การจัดทำ การจัดอาหาร และสิ่งแวดล้อม การดูแลความสะอาดปากฟัน การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ

10) การประเมินภาวะปอดอักเสบทุกวัน จากการประเมินสัญญาณชีพ ฟังเสียงปอด ติดตามผลเอกซเรย์ปอด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ กรณีเกิดปอดอักเสบ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

3.3 แนวการฝึกการกลืนและการบริหารกล้ามเนื้อช่วยในการกลืน¹⁰

1. ฝึกเกี่ยวกับการทรงตัวในท่านั่ง

2. ฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้การกลืน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อปากและใบหน้าท่า โดยมีท่าบริหารทั้งหมด 10 ท่าให้บริหารเช้า-เย็นท่าละ 10 ครั้งและควรทำทุกวันเป็นกิจวัตรประจำวัน ควรเป็นห้องเงียบไม่มีเสียงและสิ่งรบกวนท่าทั้ง 10 ท่า¹¹⁻¹²

ท่าที่ 1 ห่อปากออกเสียง อุ 10 ครั้ง อ้าปากออกเสียงอา 10 ครั้ง ยิงฟันออกเสียง อี 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 เม้นปากและคลายออก 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 บริหารขากรรไกรโดยการอ้าปากค้างไว้ 5 วินาทีและหุบปากทำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 4 เบะปากซ้ายขวาสลับกัน 10 รอบ

ท่าที่ 5 ทำท่าคล้ายเคี้ยวอาหาร 10 ครั้ง

ท่าที่ 6 ทำท่าเคี้ยวคล้ายการดูดน้ำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 7 บริหารลิ้นโดยการแตะลิ้นรอบมุมปาก 2 ข้าง 10 รอบ

ท่าที่ 8 แตะลิ้นรอบๆกระพุ้งแก้ม 10 รอบ

ท่าที่ 9 ยกลิ้นขึ้นลงแตะเหงือกบนและล่างสลับกัน 10 ครั้ง

ท่าที่ 10 ออกเสียง ลา ลา ลา ลา และ คา คา คา คา และ คาลา คาลา คาลา อย่างละ 10 ครั้ง

4.การประเมินผลลัพธ์ โดยพยาบาลวิชาชีพเจ้าของใช้ การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากขณะรับประทานอาหารโดยสังเกตอาการดังนี้ มีน้ำลายไหลหรืออาหารไหลออกจากปาก มีอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม ไอขณะรับประทานหรือดื่มน้ำ อาหารเป็นก้อนติดคอมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง มีเสียงน้ำในคอหลังการกลืน เมื่อสงสัย

ว่ามีอาหารค้างในคอหอย (pharynx) หลังการกลืนให้ตรวจโดยใช้ไม้กดลิ้นส่องดูในช่องปากและลำคอ และประเมินความสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น

1. การคัดกรองความเสี่ยงต่อการสำลัก

1. ประวัติการสำลัก
2. อาการกลืนลำบาก ไอ หรืออาเจียน
3. ระดับความรู้สึกตัว GCS≤11

พบปัญหา

งดน้ำงดอาหารทางปาก
รายงานแพทย์ พิจารณาให้อาหารสายยาง
ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด

ไม่พบปัญหา

2. การประเมินการกลืน

4-step swallowing screen

1. จิบน้ำเปล่า 1 ชช ครั้งที่ 1
2. จิบน้ำเปล่า 1 ชช ครั้งที่ 2
3. จิบน้ำเปล่า 1 ชช ครั้งที่ 3
4. ให้ดื่มน้ำ 50 ซีซี

พบปัญหา

งดน้ำงดอาหารทางปาก
รายงานแพทย์ พิจารณาให้อาหารสายยาง
ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด

3. การพยาบาลผู้ป่วยกลืนลำบาก

กลืนลำบากเล็กน้อยแต่ยังกลืนอาหารได้

1. จัดท่านั่งหัวตรง คอตรง
2. เคี้ยวช้าๆ ค่อยๆกลืน
3. สอนหายใจเข้าลึกๆ กลืนหายใจแล้วกลืน
4. ปรึกษา พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด
5. สอนบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน 10 ท่า และการฝึกกลืน (มีแผ่นพับ)

พบปัญหา

กลืนลำบากปานกลางถึงรุนแรงต้องให้อาหารสายยาง

1. ดูดเสมหะและนำลายก่อนใส่ NG และก่อนให้อาหาร
2. จัดท่านอนหัวสูงประมาณ 30 องศา
3. จัดท่านอนหัวสูงประมาณ 30 องศา
4. ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้ถูกต้อง
5. ดูดของเหลวจากกระเพาะอาหารถ้ามากกว่า 100 cc ให้เลื่อนมืออาหารออกไป 1 ชั่วโมง ถ้า < 100 cc ให้อาหารสายยางได้ตามปกติ
6. ให้อาหารสายยางแบบหยด ช้าๆประมาณ 30 นาที
7. ระวังการดิ่ง NG
8. แปรงฟันก่อนและหลังให้อาหารและก่อนนอน

4. การประเมินอาการผู้ป่วยกลืนลำบาก

1. มีน้ำลายหรือน้ำไหลออกจากปาก
2. มีอาหารค้างในปากและกระพุ้งแก้ม
3. ไอหรือมีเสียงน้ำในคอขณะรับประทาน
4. มีอาหารเป็นก้อนติดคอ
5. รับประทานอาหารโดยไม่พึ่งพาคนอื่น

ภาพที่ 1 สรุปแนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในช่วง 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ 2566 โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลโดยการสังเกตโดยผู้วิจัย ในช่วง 1 มกราคม พ.ศ 2567 – 31 มีนาคม พ.ศ 2567 การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลโดยการสังเกตและซักถามโดยผู้วิจัยทำ 2 ครั้ง คือก่อนนำโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักมาใช้ในต้นเดือน มกราคม พ.ศ 2567 และหลังใช้โปรแกรมโดยใช้แบบประเมินเดิมประเมินอีกครั้งหลังจากใช้โปรแกรมวันสิ้นสุดโปรแกรมหรือในวันจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละคนจนครบ 33 ราย โดยพยาบาล 1 คนจะประเมินมากกว่า 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบการปฏิบัติตามโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ paired t-test
3. เปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ Chi -square

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 125/2566 ลงวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และ เลขที่ 7/2567 ลงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.6 และ 53.3 อายุเฉลี่ย 63.8 และ 64.6 ปี ระยะเวลาเกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วงมากกว่า 4.5 – 24 ชั่วโมงมากที่สุด ร้อยละ 72.7 และ 66.7 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.2 วัน และ 4.3 วัน ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาของโรงพยาบาลที่เรียกเก็บมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 34,700 บาท และ 14,100 บาท ($p=0.03$)

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของทั้งสองกลุ่มพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อันดับหนึ่งคือภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.4 และ 39.4 ตามลำดับ รองลงมาคือไขมันในเลือดสูงร้อยละ 33.3 และ 30.3 เบาหวานร้อยละ 24.2 และ 15.1 และยังพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ร้อยละ 21.2 และ 24.2 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N= 66)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=33)	กลุ่มทดลอง (n=33)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ			0.63
ชาย	20 (60.6)	19 (53.3)	
หญิง	13 (39.4)	14 (46.7)	
อายุ (ปี) $\bar{X} \pm SD$	63.87 $\pm$ 11.9	64.6 $\pm$ 10.7	0.95
ต่ำกว่า 40	0 (0.0)	0 (0.0)	
40 – 59	13 (39.4)	10 (30.3)	
60 ขึ้นไป	20 (60.6)	23 (69.7)	
Min - Max	47 - 83	42 - 80	
ภูมิลำเนา			0.82
อำเภอเมืองอุดรธานี	14 (42.4)	12 (36.3)	
ต่างอำเภอ	19 (57.6)	21 (63.6)	
ระยะเวลาเกิดอาการ(ชั่วโมง)			0.97
0 – 4.5	6 (18.2)	7 (21.2)	
> 4.5 - 24	24 (72.7)	22 (66.7)	
> 24	3 (9.1)	4 (12.1)	
ลักษณะการจำหน่าย			0.56
แพทย์อนุญาต	26 (78.8)	24 (72.7)	
ส่งกลับ รพช.	7 (21.2)	9 (27.3)	
จำนวนวันนอน(วัน) $\bar{X} \pm SD$	5.2 $\pm$ 3.6	4.36 $\pm$ 2.6	0.28
1 – 3	12 (36.4)	14 (42.4)	
4 – 7	16 (48.5)	17 (51.5)	
8 - 20	5 (15.1)	2 (6.1)	
Min - Max	2 – 14	2 – 14	
ค่าใช้จ่ายการรักษา (บาท) $\bar{X} \pm SD$	34,700 $\pm$ 5.24	14,100.7 $\pm$ 6.39	0.03
< 10,000	7 (21.2)	8 (24.2)	
10,000 – 19,999	19 (57.6)	2 (6.1)	
20,000 – 49,999	2 (6.1)	2 (6.1)	
50,000 – 99,999	5 (15.1)	0 (0)	
Min - Max	8,500 - 189,600	7,450 - 38,330	0.03
โรคร่วมหรือปัจจัยเสี่ยง			
ไม่มี	11 (33.3)	15 (45.5)	0.57
มี (บางรายอาจมีมากกว่า 1 ข้อ)	22 (66.7)	18 (54.5)	
-ความดันโลหิตสูง	12 (36.4)	13 (39.4)	0.26
-เบาหวาน	8 (24.2)	5 (15.1)	0.35
-โรคหัวใจ	4 (12.1)	3 (9.1)	0.64
-ไขมันในเลือดสูง	11 (33.3)	10 (30.3)	0.60
-สูบบุหรี่	7 (21.2)	8 (24.2)	0.80

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรง ระดับความรู้สึกตัว และความสามารถในการทำกิจกรรม แกรับและจำหน่ายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้ paired T-test พบว่า NIHSS ลดลง GCS เพิ่มขึ้น Barthel

index score (BIS) เพิ่มขึ้น โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างแรกรับและจำหน่าย(p-value >0.05) ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรง(NIHSS) ระดับความรู้สึกตัว(GCS) และความสามารถในการทำกิจกรรม(BIS) แกรับและจำหน่ายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้ paired t-test (N= 66)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม(n=33)		p-value	กลุ่มทดลอง(n=33)		p-value
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
NIHSS	7.76 $\pm$ 3.03	7.30 $\pm$ 3.36	0.21	8.33 $\pm$.52	7.07 $\pm$ 2.70	0.24
GCS	12.06 $\pm$ 2.38	12.64 $\pm$ 2.29	0.36	11.79 $\pm$ 2.35	12.94 $\pm$ 2.12	0.22
BIS	8.27 $\pm$ 3.56	10.61 $\pm$ 3.58	0.43	8.70 $\pm$ 3.52	10.70 $\pm$ 4.04	0.44

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ ระดับความรุนแรง ระดับความรู้สึกตัว และ ความสามารถในการทำกิจกรรม แกรับและจำหน่าย ระหว่างกลุ่ม โดยใช้

independent t-test พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) ดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรง (NIHSS) ระดับความรู้สึกตัวแรกรับ (GCS) และความสามารถในการทำกิจกรรม (BIS) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ independent t-test (N= 66)

ตัวแปร	ก่อน (แรกรับ) (n=33)		p-value	หลัง (จำหน่าย) (n=33)		p-value
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
NIHSS	7.76 $\pm$ 3.03	8.33 $\pm$ 2.52	0.51	7.30 $\pm$ 3.36	7.07 $\pm$ 2.70	0.74
GCS	12.06 $\pm$ 2.38	11.79 $\pm$ 2.35	0.94	12.64 $\pm$ 2.29	12.94 $\pm$ 2.12	0.51
BIS	8.27 $\pm$ 3.56	8.70 $\pm$ 3.52	0.62	10.61 $\pm$ 3.58	10.70 $\pm$ 4.04	0.92

การประเมินการปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมพบว่า การประเมินครั้งแรก(ก่อนการทดลอง) มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในระดับดีมาก ร้อยละ 80 การประเมินครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง) มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในระดับดีมาก ร้อยละ 90 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน

การปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการทดลองเท่ากับ 26.80 คะแนน หลังการทดลองเท่ากับ 30.80 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักของพยาบาลวิชาชีพ
ในภาพรวม (N= 20)

การปฏิบัติ	ก่อนการทดลอง(n=10)	หลังการทดลอง(n=10)	p - value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
คะแนนเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$	26.80±2.14	30.80±2.82	p < 0.001
ปฏิบัติได้ดีมาก	8 (80.0)	9 (90.0)	
ปฏิบัติได้ดี	2 (20.0)	1 (10.0)	
ปฏิบัติได้ปานกลาง	0 (0.0)	0 (0.0)	
ปฏิบัติได้น้อย	0 (0.0)	0 (0.0)	
ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด	23 - 30	23 - 32	

เปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก
ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการ
สำลัก ในกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 9.1 ส่วนกลุ่มทดลองไม่
พบเลย (ร้อยละ 0.0) และการเปรียบเทียบอัตราการเกิด

ปอดอักเสบจากการสำลัก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
ควบคุม โดยใช้ chi –square พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการ
เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.038) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (N= 66)

การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก	กลุ่มควบคุม (n= 33)	กลุ่มทดลอง(n= 33)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ไม่เกิด	30 (90.9)	33 (100.0)	0.038
เกิดปอดอักเสบ	3 (9.1)	-	

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มพบเพศชายมากกว่า
หญิง (ร้อยละ 60.6 และ 53.3 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย
63.7 และ 62.6 ปี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ
อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่พบมาก
ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เพราะอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือด
เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงผนังหลอดเลือด
หนาตัวขึ้นมีความยืดหยุ่นลดลงเนื่องจากมีเส้นใยคอลลาเจน
มากขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือด
แดงแข็งส่งผลให้ช่องภายในหลอดเลือดแคบลง และ
สอดคล้องกับรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือด
สมองในโรงพยาบาลอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามี
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60
ปีถึงร้อยละ 68.5⁷ และเพศชายมีโอกาเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด
สมองมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากผู้ชายมีปัจจัยเสี่ยงใน
เรื่อง การดื่มสุราและสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ในงานวิจัยนี้
พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก

ที่สุดคือ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.4 และ 39.4
รองลงมาอีกคือเบาหวานและไขมันในเลือดสูงเนื่องจากผนัง
หลอดเลือดแดงของผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงและ
เบาหวาน จะมีการหนาและแข็งตัวมากกว่าปกติ ประกอบ
กับการมีก้อนเลือดและก้อนไขมัน (plaque) มากกว่าคน
ปกติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็ก
และขนาดใหญ่ เส้นเลือดมีความแข็งและเปราะ เกิดฉีกขาด
ได้ง่าย เป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันของลิ้นเลือดในหลอดเลือด
 การที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ให้คงที่ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น
และไขมันเพิ่มขึ้นเร่งการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดโรค
หลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 4-6 เท่า ผู้ป่วยเบาหวานมี
ความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคน
ปกติ 5.7 เท่า¹³ นอกจากนี้ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิด
โรคหลอดเลือดสมองได้เนื่องจากโคเลสเตอรอลร่วมกับ
ไขมันชนิดไม่ดี (Low density lipoproteins หรือ LDL)
ที่สร้างไขมันตกตะกอนเกาะตามผนังหลอดเลือดทำให้ช่อง

หลอดเลือดตีบแคบลงและ ผนังหลอดเลือดแข็งเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลงผู้ที่มียาระดับคอเลสเตอรอลสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า¹³

การเปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่ามีผู้ป่วยกลืนลำบากจำนวน 13 ราย แต่ไม่มีผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติปกติ มีผู้ป่วยกลืนลำบาก 12 ราย เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก 3 ราย มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยเพศชาย 1 รายที่ประเมินการกลืนแรกผ่านแต่หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการซึมลง ไม่ได้ประเมินการกลืนซ้ำ ญาตินำอาหารบ้อนผู้ป่วยเกิดการสำลัก และเกิดปอดอักเสบตามมา รายที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 80 ปี ได้รับการประเมินการกลืนแรกผ่านแต่ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยหิวข้าวมาก ญาติได้นำอาหารมาให้และรับประทานอย่างรีบเร่ง จนเกิดการสำลัก รายที่ 3 ผู้ป่วยเพศชายอายุ 82 ปี ประเมินการกลืนไม่ผ่าน และได้รับการใส่สายยางให้อาหาร แต่ผู้ป่วยดื่มน้ำให้อาหารออกบ่อย ได้รับการใส่สายให้อาหารใหม่ต่อมามีอาการไอและสำลัก ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ วันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การสำลักอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่มีการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS score) การประเมินการไอ การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ของลิ้น และการประเมินการกลืน (swallowing reflex) ซึ่งการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีประสิทธิภาพสามารถทำนายการกลืนลำบากได้ดีถึงร้อยละ 68¹⁴ ส่วนการประเมินการไอ การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของลิ้น และการประเมิน swallowing reflex สามารถนำมาใช้ใช้คัดกรองการกลืนลำบากได้¹⁵ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอายุมากกว่า 60 ปี ผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) พบว่ามีสมองขาดเลือดบริเวณ middle cerebral artery (MCA) สัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ และอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี จะเกิดปอดอักเสบได้ 1.06 เท่า¹⁶ นอกจากนี้ ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดการสำลักหลังจากผ่านการประเมินการกลืน การสำลักอาจเกิดจากประทานอาหารเร่งรีบและไม่ก้มหน้าขณะกลืน ทั้งนี้ในช่วงเวลา

ดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการสอนและพยาบาลไม่ครบถ้วน การดูแลขณะรับประทานอาหารไม่ตลอดเวลา และผู้ป่วยรายที่ 3 มีการใส่สายยางให้อาหารตั้งแต่แรกเริ่ม มีอาการสับสนและดื่มน้ำให้อาหารออกบ่อย ผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) สมองพบว่าสมองขาดเลือดบริเวณ middle cerebral artery (MCA) มีการอักเสบในทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยรายนี้เกิดปอดอักเสบเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำจากสูงอายุ และอาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อจากระบบทางเดินปัสสาวะไปสู่ระบบทางเดินหายใจ อีกประการหนึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยอาจสำลักน้ำมูกน้ำลายลงคอจากการใส่สายให้อาหารบ่อย จึงทำให้เกิดปอดอักเสบได้ ดังนั้นการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่กลืนลำบากจึงมีความจำเป็น ช่วยป้องกันการเกิดคราบหินปูนและการเพาะเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ลดการสำลักแบคทีเรียที่สะสมในช่องปากลงสู่ทางเดินหายใจได้¹⁷ ซึ่งในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันที่ชัดเจน นอกจากนี้ในกลุ่มควบคุมซึ่งใช้แนวปฏิบัติเดิมที่ไม่มีความชัดเจนในการฝึกการกลืน จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงรวมถึงขาดการบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืน การจัดประเภทอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทาน การจัดสิ่งแวดล้อม และการ ดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร ซึ่งมีการปฏิบัติเฉพาะผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุมในเรื่องดังกล่าว จึงสามารถป้องกันการเกิดการสำลักและปอดอักเสบได้

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้โปรแกรมหรือแนวทางการป้องกันการเกิดการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมไม่มีการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักเลย ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบากมากกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sorensen et al¹⁷ พบว่าการประเมินการกลืนด้วยน้ำ (Three-step swallowing screen protocol) ช่วยลดการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ 0.42 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษา Tada A and Miura H¹⁸ ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการประเมินการกลืนภายใน 24 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลช่องปากด้วยการแปรงฟันร่วมกับการใช้น้ำยา

บ้วนปาก Chlorhexidine 0.12% เกิดปอดอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 0.25 เท่า¹⁸ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเทพปัญญา จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบลดลงจาก 4.01 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน จนไม่เกิดปอดอักเสบ¹⁹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ เนียมชาและสมศักดิ์ เทียมเก่า²⁰ ที่พบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักแล้ว การเกิดปอดอักเสบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษาพบว่าเกิดการเกิดปอดอักเสบพบเฉพาะในกลุ่มควบคุมเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการสำลักทุกรายตั้งแต่แรกรับ และประเมินซ้ำก่อนและหลังการรับประทานอาหาร ตลอดจนควรให้ความรู้และสอนทักษะ การประเมิน การสังเกตอาการจากการสำลัก การดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก แก่ผู้ดูแล และควรปฏิบัติต่อเนื่องไปจนถึงหลังจำหน่าย กลับบ้าน
2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลทั้งในและนอกหน่วยงานสามารถนำโปรแกรมการพยาบาลนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อไป
3. ควรมีการทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก และมีการติดตามประเมินผลการเกิดปอดอักเสบหลังจำหน่ายกลับบ้านต่อไป

กิจกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ทรงเกียรติ เล็กตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลการวิจัยนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่ช่วยในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Stark BA. burden of stroke and its risk factors. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Neurol 2019;20(10):795-820.
2. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2019 [Internet]. 2023 [Cited 2023 Oct 25]. Available from: <http://www.world-stroke.org>.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. โรคหลอดเลือดสมองอดีต ปัจจุบันและอนาคต. ว.ประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2566;30(3):38.
4. Rofes L, Muriana D. risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: a cohort study. Neurogastroenterol Motil 2018;30(8):133-138.
5. กนกพรรณ งามมุข, ศศิมา กุสุมา ณ อยู่ธยา, วันเพ็ญ วิทยุณาสกุล. การดูแลความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วชิรสารการพยาบาล 2559;18(2):1-11.
6. Mitchell BG. Strategies to reduce non-ventilator-associated hospital-acquired Pneumonia : A systematic review. Infect Dis Health 2019;24(4):229-39.
7. โรงพยาบาลอุดรธานี. รายงานสถิติโรคหอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ.2563-2566. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2566.
8. N4 study Application. Two dependent proportion [Internet]. 2023 [Cited 2023 Oct 28]. Available from: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.chetta.n4Studies>
9. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธาเพรส; 2558.

10. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก (Clinical practice guidelines: dysphagia). นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562. หน้า 83-89.
11. ศศิชา จันทรวรวิทย์. การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณปากและลิ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=2450>.
12. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2559.
13. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์และทีมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขต 7 ในรูปแบบเว็บแอปพลิเคชัน. นนทบุรี: คลังความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
14. Okubo PCMI, Fabio SRC, Domenis DR, Takayanagui OM. Using the national institute of health stroke scale to predict dysphagia in acute ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2012;33(6):501-7.
15. Buaphan F. The development of nursing practice guidelines for dysphagia assessment of older adults with stroke in Udonthani Hospital. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012.
16. Minnerup J, Wersching H, Brokinkel B, Dziewas R, Heuschmann PU, Nabari D, et al. The impact of lesion location and lesion size on post-stroke infection frequency. *Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81(2):198-202.
17. Sorensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *J Neurosci Nurs* 2013;45(3):139-46.
18. Tada A, Miura H. Prevention of aspiration pneumonia with oral care. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012; 55(1): 16-21.
19. Moolkaew R. Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for dysphagia management among stroke patients Theppanya hospital, Chiang Mai province [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014.
20. จิรวรรณ เนียมชา, สมศักดิ์ เทียมเก่า. ผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล. *ว.การพยาบาลและสุขภาพ* 2560;35(4):167-175.