

บทความทางวิชาการ

การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

สิริพร ศรีวิไล* ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล** และ ดร. วิชชุดา เจริญกิจการ**

Srivilai, S., Pinyopasakul, W., & Charoenkitkarn, V.

Aspiration pneumonia prevention in patients with acute stroke: Evidence-based nursing practice.

Thai Journal of Nursing, 63 (3), 65-71, 2014.

Key Words: Aspiration Pneumonia Prevention, Acute Stroke Patients, Evidence-based Nursing Practice.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน สืบค้นจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน ค.ศ. 2003 - 2012 ผลการศึกษาพบว่า แนวทางป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วย และการ

ปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมการฝึกการกลืน การจัดการอาหาร การดูแลความสะอาดช่องปาก และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการวางแผนและประสานงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ นำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย

Abstract

The objective of this study was to synthesize knowledge from evidence-based nursing practices and develop nursing practice guideline on aspiration pneumonia prevention in patients with acute stroke. Related literature was searched from published research reports during 2003 to 2012. Results revealed that the nursing practice guideline consisted of screening for risk of aspiration and nursing care including swallowing training, nutrition management, oral hygiene care, and provision of education for patients and families. Nurses have an important role in planning and collaborating with multidisciplinary professionals to provide care for patients in order to gain effective outcomes on patient safety and less expenditure.

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) คือโรคที่มีอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และมีอาการหรืออาการแสดงอยู่ยาวนานมากกว่า 24 ชั่วโมงโดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองที่ตีบ แฉก หรือตัน โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เกิดจากมีการขัดขวางต่อระบบการไหลเวียนเลือดของสมอง ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งครอบคลุมช่วงเวลา 3-72 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (Summers et al., 2009; สถาบันประสาทวิทยาและชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550) ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้รอดชีวิตมักมีความพิการและเป็นภาระในการดูแล โรคหลอดเลือดสมองจัดอยู่ใน 20 อันดับสาเหตุของภาวะความพิการในประเทศไทย และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในปี 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 17,540 คน คิดเป็นอัตราตาย 27.5 คนต่อประชากร 100,000 คน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลรักษาที่เร่งด่วน การประเมินและการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะปัญหาการสำลักซึ่งพบบ่อยและมีความสำคัญ ก่อให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ส่งผลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตได้ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550; วันเพ็ญ ภิญาณาสกุล, รัตนภรณ์ คงคา, และ วิชชุดา เจริญกิจการ, 2553)

การสำลัก (Aspiration) หมายถึง การที่มีอาหารหรือน้ำและ/ หรือสารคัดหลั่งในปากเข้าสู่หลอดลมและปอด เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของร่างกายในการป้องกันความ

บกพร่อง ซึ่งส่งผลต่อการติดเชื้อในปอดและปอดอักเสบ (Lakshminarayan et al., 2010) ลักษณะทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการสำลัก ได้แก่ อาการเสียงแหบ (Dysphonia) พูดไม่ชัด (Dysarthria) ปฏิกิริยาการขย้อนผิดปกติ การไอตามที่บอกผิดปกติ หรือมีอาการไอหลังจากกลืน และเสียงเปลี่ยนหลังจากกลืน (Martino et al., 2005) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์การสำลักเพิ่มขึ้นเป็น 11-20 เท่าของผู้ป่วยอื่นๆ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับสองที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Westergren, 2006) การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) เป็นผลมาจากการที่สารต่างๆ ที่มีการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่เจริญเติบโตอยู่ในช่องปากและลำคอ ตกลงไปในหลอดลมและปอด (สมคิด อุ่นเสมอธรรม, 2551) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะแรกภายใน 24-72 ชั่วโมง หลังจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (Martino et al., 2005; Martino, Silver et al., 2009) สาเหตุการเกิดมักสัมพันธ์กับการสำลักจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนลำบาก (Summers et al., 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นตัวที่ช้าลง มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ และเพิ่มความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่า 5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการสำลัก (Lakshminarayan et al., 2010) พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการประเมิน การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างเหมาะสม การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจึงมีความจำเป็น

วัตถุประสงค์การศึกษา

สังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ Grace (2009) รวมทั้งประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ DiCenso และคณะ (2005) ผู้ศึกษารวบรวมงานวิจัยและบทความเพื่อสังเคราะห์และสร้างข้อสรุปการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กรอบ PICO (Craig, 2002) โดยพิจารณาใน 4 เรื่องคือ P (Population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน I (Intervention) ได้แก่ แนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก C (Comparison) ไม่มีการเปรียบเทียบกับวิธีการอื่น และ O (Outcome) คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก

ผลการศึกษา

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษาจำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมจำนวน 6 เรื่อง และเป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของงานวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง โดยมีการสังเกตปรากฏการณ์จำนวน 1 เรื่อง และหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดียวในการสังเกตปรากฏการณ์ ที่มุ่งให้ความสำคัญของผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล

การคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก การตรวจหาความผิดปกติของการกลืนลำบากเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญ เพื่อสามารถวางแผนให้การป้องกัน ดูแลรักษา

พยาบาล และฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับผู้ป่วยสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดการสำลักและการติดเชื้อในปอดจากการสำลักได้ (Martino et al., 2009; Trapl et al., 2007) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก ควรกระทำตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่องในช่วง 24 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาหรือรับไว้ในความดูแล โดยประเมินก่อนให้อาหารและน้ำทุกชนิดทางปากแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย (Martino et al., 2009; Trapl et al., 2007; Westergren, 2006; Yeh et al., 2011) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ชักประวัติเกี่ยวกับการกลืนลำบาก ครอบคลุมถึงระยะเวลาที่มีปัญหาการกลืน ปัจจัยที่มีผลต่อการกลืนลำบาก ประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคประจำตัว การได้รับยาซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการกลืนลำบาก เช่น ยากันชัก ยาลดเกร็ง (Martino et al., 2009; Trapl et al., 2007; Metheny, Jackson & Stewart, 2010; Westergren, 2006; Yeh et al., 2011)

2. ประเมินปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการสำลัก และปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ มีประวัติการสำลัก ภาวะกลืนลำบากหรือการไหลย้อน การอาเจียน การใส่ท่อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีปัญหาสุขภาพช่องปาก อายุมาก ทางเดินอาหารผิดปกติ การผ่าตัดศีรษะและคอ รวมทั้งยาที่ทำให้การบีบตัวให้อาหารจากกระเพาะอาหารไปสู่ลำไส้เล็กช้าลง (Martino et al., 2009; Metheny et al., 2010; Trapl et al., 2007; Yeh et al., 2011)

3. ประเมินอาการทางระบบประสาท ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) 4 ระดับ ได้แก่ (1) Alert, awake and oriented เป็นระดับที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง (2) Lethargic เป็นระดับที่ผู้ป่วยง่วงซึมมักจะหลับ แต่ถ้าปลุกจะตื่นง่าย (3) Stuporous เป็นระดับที่ผู้ป่วยโต้ตอบเฉพาะเมื่อกระตุ้นรุนแรง และ (4) Comatose เป็นระดับที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว โดยต้องประเมิน

ร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพ (Metheny et al., 2010)

4. สังเกตอาการแสดงของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ อาการเสียน้ำลาย หายใจไม่สะดวก ริมฝีปากหรือเหงือกบวมผิดปกติ ไอผิดปกติ ไอขณะหรือหลังกลืน เสียงเปลี่ยนหลังกลืน หากพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 อย่าง สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการกลืนลำบาก (Martino et al., 2009; Trapl et al., 2007; Westergren, 2006)

5. ทดสอบการกลืนน้ำด้วยเครื่องมือในการประเมินซึ่งทำได้โดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกทักษะ ผู้ป่วยที่สามารถทำการทดสอบการกลืนได้ ต้องมีความพร้อมในการประเมิน คือ รู้สึกตัวดี ทำตามบอกได้ หายใจได้เองปกติ สามารถควบคุมศีรษะและลำตัวในท่านั่งตรงได้ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้การทดสอบการกลืน

5.1 แบบประเมิน Gugging swallowing screen (GUSS) มีระดับคะแนนรวมจากการประเมินเท่ากับ 20 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรงของปัญหาการกลืนลำบาก โดยระดับคะแนน 0-9 หมายถึงผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากระดับรุนแรง และมีความเสี่ยงสูงของการสำลัก ระดับคะแนน 10-14 หมายถึงผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากระดับปานกลาง และมีความเสี่ยงของการสำลัก ระดับคะแนน 15-19 หมายถึงผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากระดับเล็กน้อย และมีความเสี่ยงต่ำของการสำลัก ระดับคะแนน 20 หมายถึงผู้ป่วยไม่มีภาวะกลืนลำบาก (Trapl et al., 2007)

5.2 แบบประเมิน Toronto bedside swallowing test (TOR-BSST) เป็นการใช้น้ำ 5 มิลลิลิตรให้ผู้ป่วยค่อยๆ จิบจากช้อนชา ประกอบกับการสังเกตอาการทางคลินิกคือ เสียงก่อนกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้นบ่งพ่อง ไออระหว่างหรือภายหลังการกลืน เสียงแหบ น้ำรั่วมุมปาก หากพบอาการใดอาการหนึ่งดังกล่าว แสดงว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลัก (Martino et al., 2009)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลัก และภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก การดูแลเพื่อป้องกัน

การสำลัก มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก โดยแบ่งการดูแลตามระดับความรุนแรงของการกลืนลำบาก และความเสี่ยงของการสำลัก ดังนี้ (Trapl et al., 2007)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนปกติสามารถเริ่มรับประทานอาหารปกติ หรืออาหารธรรมชาติตามแผนการรักษาของแพทย์ (Trapl et al., 2007) โดยพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติของการกลืนขณะรับประทานอาหาร โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงภายหลังรับไว้ในความดูแล อย่างไรก็ตามจะต้องมีการประเมินการกลืนซ้ำก่อนเริ่มให้อาหารและน้ำทุกชนิดทางปากแก่ผู้ป่วย (Martino et al., 2009; Trapl et al., 2007; Westergren, 2006)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากระดับเล็กน้อย และมีความเสี่ยงต่ำของการสำลัก ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ โดยอาจพิจารณาปรับความเข้มข้นของอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยแต่ละราย (Trapl et al., 2007; Westergren, 2006; Yeh et al., 2011) เช่น จัดอาหารประเภทบด บั่นชิ้น เช่น มันบด ก๋วยเตี๋ยว โจ๊ก ฝรั่ง สับ และควรระวังอาหารเหลวหรือเหลวข้น เนื่องจากมีความเสี่ยงในการสำลักสูง รวมทั้งอาหารแข็งและของแห้ง เนื่องจากผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนลำบาก ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการสำลัก นอกจากนี้ควรดูแลผู้ป่วย ดังนี้

2.1 จัดทำให้นั่งตัวตรง ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ก้มหน้าลงให้คางชิดอก (Chin tuck) เพื่อช่วยลดการเปิดกล่องเสียง ทำให้อาหารไม่ตกเข้าไปในช่องทางเดินหายใจ และป้องกันการสำลัก (Carnaby, Hankey, & Pizzi, 2006; Huang, Zhang, Yao, Xia, & Fan, 2006; Westergren, 2006)

2.2 ไม่เร่งให้ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืน กรณีผู้ป่วยใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานกว่า 45 ถึง 60 นาที ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงสำลักได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการ

เคี้ยวและกลืนอ่อนแรง ควรแบ่งมื้ออาหารเพิ่มขึ้น (Westergren, 2006)

2.3 ใช้เทคนิคกระตุ้นการกลืนแบบ supraglottic swallowing โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นหายใจและกลืนอาหาร จากนั้นให้ผู้ป่วยไอหรือกระแอมเพื่อเอาเศษอาหารที่ตกค้างออก การฝึกเทคนิคดังกล่าวควรอยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้านการพูด หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกความเชี่ยวชาญเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย (Carnaby et al., 2006; Huang et al., 2006)

2.4 ฝ้าระวังการสำลักและความผิดปกติระหว่างการรับประทานอาหาร โดยสังเกตอาการไอ การสำลัก เสียงเปลี่ยนหลังรับประทานอาหาร หากพบอาการผิดปกติ 1 อาการ ให้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรับความเข้มข้นของอาหาร (Takahata et al., 2011; Westergren, 2006)

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีความเสี่ยงสูงของการสำลัก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับอาหารทางสายอย่างถูกวิธี (Lee et al., 2010) โดยมีการให้ความรู้และฝึกผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้อาหารทางสาย การฟื้นฟูการกลืน การกระตุ้นการทำหน้าที่ของการเคี้ยวและการกลืน ทีมสุขภาพควรมีการติดตามประเมินความเสี่ยงของการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก และหน้าที่การกลืน จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถที่จะรับประทานอาหารทางปากได้ หรือระดับความรุนแรงของการกลืนลำบากลดลงสู่ระดับเล็กน้อย (Huang et al., 2006; Lee et al., 2010; Martino et al., 2009; Metheny et al., 2010; Trapl et al., 2007) ทั้งนี้ ในการให้อาหารทางสายทาง พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

3.1 จัดเตรียมอาหารปั่นผสม สำหรับให้ทางสายให้อาหารสำหรับผู้ป่วยตามแผนการรักษา โดยมีการประสานงานกับแพทย์และโภชนากร (Lee et al., 2010; Trapl et al., 2007)

3.2 ดูดเสกก่อนการให้อาหาร ผู้ป่วยที่ไม่

สามารถไอเอาเสมหะออกได้เอง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ท่านั่ง ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัวหรือยกระดับเตียงให้ศีรษะสูงมากกว่า 30 องศา (Lee et al., 2010)

3.3 ทำความสะอาดช่องปากอย่างละเอียดถี่ถ้วน ก่อนให้อาหาร หลังให้อาหาร และก่อนนอน โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าตะแคงกึ่งนั่ง และทำการแปรงฟัน เหงือก ลิ้น เพดานปากและเยื่อบุกระพุ้งแก้มโดยใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์สูตรเป็นเวลา 5 นาที และล้างทำความสะอาดด้วยน้ำปริมาณ 100 มิลลิลิตร และใช้สายยางดูดน้ำหรือสิ่งคัดหลั่งในปากออกเพื่อป้องกันผู้ป่วยสำลัก หรือใช้ผ้าชุบน้ำยาบ้วนปาก เช็ดทำความสะอาดช่องปาก เพื่อลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก

3.4 ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารก่อนการให้อาหารทุกมื้อโดยการใส่อากาศ 5 มล. เข้าไปในกระเพาะอาหาร และใช้เครื่องหูฟังเสียงลมในกระเพาะอาหารที่ตำแหน่ง xyphoid และทำการดูดปริมาณเหลือค้างของอาหารในกระเพาะอาหาร ถ้ามีมากกว่า 100 มล. ให้เลื่อนเวลาในการให้อาหารมื้อถัดไป 1 ชั่วโมง ถ้ามีน้อยกว่า 100 มล. เริ่มให้อาหารตามปกติ (Lee et al., 2010; Metheny et al., 2010)

3.5 หลังให้อาหารเสร็จ จัดผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงมากกว่า 30 องศาเป็นเวลา 45-60 นาทีเพื่อป้องกันการอาเจียนหรือการสำลัก (Lee et al., 2010; Metheny et al., 2010)

4. ให้ความรู้และฝึกทักษะให้ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการกลืนลำบาก การสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมเช่น อาหารชิ้น การจัดทำศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา การจัดสิ่งแวดล้อมบนโต๊ะอาหารให้น่ารับประทาน เทคนิคการให้อาหารที่เหมาะสม เช่นการให้อาหารทางสายอย่างช้าๆ การดูแลความสะอาดในช่องปาก การจัดการกับการสำลัก การใช้เทคนิคกระตุ้นการกลืน การช่วย เหลือสนับสนุนและประเมินผลการปฏิบัติของญาติให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ภายใต้

การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Huang et al., 2006; Lee et al., 2010; Metheny et al., 2010; Trapl et al., 2007)

5. ประเมินภาวะปอดอักเสบจากการสำลักทุกวัน ถึงจำหน่ายผู้ป่วยจากความดูแล โดยประเมินสิ่งผิดปกติ เช่น ตรวจร่างกายโดยการฟังปอดได้ยินเสียง rales หรือ crepitation หรือเคาะปอดได้เสียงทึบ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบหลักฐานใหม่ของการ infiltration, consolidation, cavitation, หรือ pleural effusion เสมหะข้นขึ้นเป็นหนอง ผลการเพาะเชื้อในเลือดและเสมหะให้ผลบวก ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดเพิ่มขึ้นหรือลดลง ภาวะพร่องออกซิเจน ($\text{PaO}_2 < 92\%$) หรืออุณหภูมิร่างกายสูงเพิ่มขึ้นมากกว่า

38°C (Lee et al., 2010; Yeh et al., 2011)

6. ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อดำเนินการตาม แผนการรักษา และติดตามประเมินผล (Lee et al., 2010; Yeh et al., 2011; Summers et al., 2009)

ข้อเสนอแนะ

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้พัฒนาไปใช้ใน หน่วยงานจริง ควรพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วย แต่ละระยะ และควรมีการวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ของแนว ปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจาก การสำลักในผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา. (บรรณาธิการ). (2550). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ภูญญาสกุล, รัตนาภรณ์ คงคา, และ วิชชุดา เจริญกิจการ. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน ปราณี ทัพพะเวระ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1* (หน้า 115-136). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส. สมคิด ชุ่มเสมารวม. (2551). ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบการ หายใจ โดย สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย* (หน้า 313-319). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์. สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke)*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553*. ค้นเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/statistic53.html>
- Carnaby, G., Hankey, G. J., & Pizzi, J. (2006). Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: A randomized controlled trial. *Lancet Neurology*, 5, 31-37.
- DiCenso, A., Hutchison, B., Grimshaw, J., Edwards, N., & Guyatt, G. (2005). Health services interventions. In A. DiCenso, G. Guyatt, & D. Ciliska (Eds.), *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice* (pp. 265-297). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Craig, J. V. (2002). How to ask the right question. In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds.). *The evidence-based practice manual for nurses* (pp. 23-44). London: Churchill Livingstone.

- Grace, J. (2009). Essential skills for evidence-based practice: Strength of evidence. *Journal of Nursing Science, 27*(2), 8-13.
- Huang, J. Y., Zhang, D.Y., Yao, Y., Xia, Q. X., & Fan, Q. Q. (2006). Training in swallowing prevents aspiration pneumonia in stroke patients with dysphagia. *The Journal of International Medical Research, 34*, 303-306.
- Lakshminarayan, K., Tsai, A. W., Tong, X., Vazquez, G., Peacock, J. M., George, M. G., et al. (2010). Utility of dysphagia screening results in predicting post-stroke pneumonia. *Journal of the American Heart Association, 41*, 2849-2854.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Journal of the American Heart Association, 36*, 2756-2763.
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D. L., et al. (2009). The toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST): Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Journal of the American Heart Association, 40*, 555-561.
- Metheny, N. A., Jackson, J. D., & Stewart, B. J. (2010). Effectiveness of an aspiration risk-reduction protocol. *Nursing Research, 59*(1), 18-25.
- Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J. L., Simpson, J., Spilker, J. A., et al. (2009). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: A scientific statement from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association, 40*, 2911-2944.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., et al. (2007). Dysphagia bedside screening for acute stroke patients: The gugging swallowing screen. *Journal of the American Heart Association, 38*, 2948-2952.
- Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *International Nursing Review, 53*, 143-149.
- Yeh, J. S., Huang, Y. K., Wang, G. T., Chen, C. Y., Chen, H. C., Tang, C. S., et al. (2011). Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the Neurological Sciences, 306*, 38-41.