



Volume 4, Issue 3, 2000 ISSN 1329 - 1874

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ

การชั่งและการจัดการการกลืนลำบากในเด็กที่มีความบกพร่องทางระบบประสาท

Identification and Management of Dysphagia in Children with Neurological Impairment

แหล่งข้อมูล (Information source)

The Joanna Briggs Institute. *Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*.4 (3) 2000, p1-6.

ข้อมูลการปฏิบัติที่เป็นเลิศนี้ครอบคลุมมโนทัศน์ต่อไปนี้

(This Best Practice Information Sheet Covers the Following Concepts:)

- สรีรวิทยาการกลืนปกติ
- สาเหตุการกลืนลำบาก
- การชั่งและการประเมินการกลืนลำบาก
- อาการและอาการแสดง
- การจัดการ
- การช่วยเหลือโดยยึดกรอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ระดับของหลักฐาน (Levels of Evidence)

แปลโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรัสศรี เย็นบุตร

Translated by Assistant Professor Dr. Jarassri Yenbut

ความน่าเชื่อถือของหลักฐานได้แบ่งตามระดับดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เป็น RCT ทั้งหมด

ระดับ 2 หลักฐานได้จาก RCT อย่างน้อยหนึ่งเรื่อง

ระดับ 3.1 หลักฐานได้จากการวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองดี แต่ไม่ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ 3.2 หลักฐานได้จากการวิจัยที่มีการออกแบบที่ดีชนิด cohort หรือ case control รวมทั้งมีการศึกษาหลายที่หรือหลายกลุ่มผู้วิจัย

ระดับ 3.3 หลักฐานได้จากการศึกษาชนิด time series โดยอาจมีการจัดกระทำหรือไม่มีการจัดกระทำหรือการทดลองที่ไม่มีการควบคุม

ระดับ 4 หลักฐานมาจากความคิดเห็นของผู้ที่นำเชื่อถือบนพื้นฐานของประสบการณ์ในคลินิก การวิจัยเชิงพรรณนาหรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ข้อมูลการปฏิบัติที่เป็นเลิศนี้อยู่บนพื้นฐานของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบซึ่งตีพิมพ์โดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ ในหัวข้อการชั่งและการจัดการทางการแพทย์ การกลืนลำบากในบุคคลที่มีความบกพร่องของระบบประสาท งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนด้านทุนการทำวิจัยจาก Sylvia & Charles Viertel Charitable Foundation เอกสารอ้างอิงปฐมภูมิของข้อมูลนี้ปรากฏอยู่ในรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

คำจำกัดความของการกลืนลำบาก

Definition of Dysphagia

คือ ความลำบากในการกลืน

บทนำ (Introduction)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้จัดทำในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลในการชั่งและจัดการการกลืนลำบาก ประสิทธิภาพของวิธีการพยาบาลในการจัดการการกลืนลำบากและข้อมูลในการดูแลสำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแล การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จำกัดเฉพาะการกลืนลำบากที่เนื่องมาจากความบกพร่องของระบบประสาท ในเด็กอายุมากกว่า 12 เดือน ที่สามารถรับน้ำและอาหารทางปากได้อย่างปลอดภัย และไม่รวมเด็กกลุ่มที่มีการกลืนลำบาก แต่ต้องรับประทานอาหารโดยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ทางปาก

คุณภาพของหลักฐาน (Quality of evidence)

รายงานวิจัยและเอกสารที่ใช้ในการทบทวนมีจำนวนทั้งสิ้น 25 เรื่อง เป็นเอกสารที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 12 เรื่อง (ระดับ 4) การวิจัยเชิงพรรณนาจำนวน 10 เรื่อง (ระดับ 4) และเป็นรายงานวิจัยที่เป็น case control จำนวน 3 เรื่อง (ระดับ 3.2) รายงานวิจัยบางเรื่องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยและเป็นกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกในการศึกษาผลของการรักษา ไม่พบหลักฐานปรากฏเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลเด็กที่มีการกลืนลำบาก วัตถุประสงค์ของเอกสารการปฏิบัติเพื่อเป็นเลิศนี้เพื่อให้ข้อมูลที่จะช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักหรือรู้จักการกลืนลำบาก สามารถประเมินและให้การดูแลเด็กที่มีการกลืนลำบากได้

สรีรวิทยาของการกลืนปกติ (Physiology of normal swallowing)

การกลืนเป็นขบวนการที่ซับซ้อนที่ต้องการการประสานงานกันของประสาทสมอง ก้านสมอง เปลือกสมองและกล้ามเนื้อจำนวน 26 มัดของปาก คอหอยและหลอดอาหาร ประสาทสมองสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกลืนประกอบด้วย เส้นประสาทไตรจีมินอล (คู่อที่ 5) เส้นประสาทเฟเซียล (คู่อที่ 7) เส้นประสาททรอกโซฟาลิงค์เจียน (คู่อที่ 9) เส้นประสาทเวกัส (คู่อที่ 10) และเส้นประสาทไฮโปกรอสซอล (คู่อที่ 12) เส้นประสาทเหล่านี้นำความรู้สึกและการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการกลืน ความผิดปกติใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับเส้นประสาทเหล่านี้ เปลือกสมอง สมองส่วนกลาง หรือซีรีเบลลัม จึงอาจมีผลต่อการกลืนที่ไม่ดีได้ ระยะของการกลืนแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมปาก ระยะปาก ระยะคอหอย และระยะหลอดอาหาร

การกลืนลำบาก (Dysphagia)

การกลืนลำบากมีลักษณะที่สำคัญคือการทำงานที่ผิดปกติของระยะต่าง ๆ ของขบวนการกลืน ตั้งแต่ปาก คอหอย และหลอดอาหาร การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ดังตัวอย่างการที่ลิ้นตวัดได้ไม่ดีในเด็กสมองพิการทำให้ขัดขวางการเคลื่อนที่ของอาหารจากด้านหน้าปากไปด้านหลังของปาก เด็กที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บและมีปัญหาการกลืนลำบากจะมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมลิ้นและการทำให้อาหารเป็นก้อน รวมทั้งมีปัญหาในการส่งอาหารจากปากไปคอหอยและการกลืนบริเวณคอหอยล่าช้า การที่รีเฟลกซ์กระตุ้นการกลืนไม่มีหรือล่าช้าจะทำให้เสี่ยงต่อการสำลักได้ง่ายจากการไม่มีการป้องกันทางเดินหายใจ การกลืนลำบากมีหลายระดับ อาจเป็นน้อย ปานกลางหรือรุนแรง ก็ได้

สาเหตุของการกลืนลำบาก (Causes of dysphagia)

1. สาเหตุเฉียบพลัน ได้แก่ การมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ สมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือได้รับบาดเจ็บจากการกระทบ

2. เป็นแต่กำเนิดและจากสาเหตุเรื้อรัง ได้แก่ ก้อนเนื้ออกในกะโหลกศีรษะ สมอพิการ ผิดปกติทางพันธุกรรม โรคทางสมองและเส้นประสาท การกลืนลำบากจากสาเหตุเรื้อรังอาจมีอาการแยลงเป็นลำดับ หรือคงสภาพเดิม ในรายที่มีอาการแยลง ทักษะการรับประทานอาหารและการกลืนจะลดลง ในรายที่การกลืนคงสภาพเดิมทักษะการกลืนจะคงเดิมหรืออาจจะดีขึ้นอย่างช้า ๆ

การชี้บ่งและการประเมิน (Identification and assessment)

ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการกลืนที่ปกติและผิดปกติและลักษณะพัฒนาการที่เฉพาะของเด็กมีความจำเป็นมากต่อการประเมิน การประเมินและการวินิจฉัยการกลืนลำบากเป็นเรื่องซับซ้อนและต้องการผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การประเมินวิธีต่าง ๆ สามารถทำได้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับการให้อาหารที่ชักจากบิดามารดา (ดังรายละเอียดในกรอบ) การประเมินในคลินิกโดยนักพยาธิสภาพการพูด (Speech pathologist) การตรวจประสาทสั่งการการทำงานของปาก (โครงสร้างผิดปกติของลิ้น เพดานและกราม ความยากลำบากในระยะใด ๆ ของทั้งสี่ระยะของการกลืน ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของปาก กล่องเสียง และคอหอย) และการตรวจทางรังสีวิทยา (เช่น การกลืนแป้งแบเรียม) การประเมินอื่น ๆ เพิ่มเติม ได้แก่ ภาวะการได้รับน้ำ ภาวะโภชนาการของเด็ก การเจริญเติบโตและพัฒนาการและการประเมินทางระบบประสาทเพื่อหาภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่อาจมีผลต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร ถ้าพบว่าเด็กอาจจะมีปัญหาการกลืน ต้องส่งต่อให้แพทย์และนักพยาธิสภาพการพูดประเมิน

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการกลืนลำบาก (Risk factors associated with dysphagia)

- กลุ่มการวินิจฉัยที่เสี่ยงต่อการมีอาการกลืนลำบาก ได้แก่ เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน สมอพิการศีรษะได้รับบาดเจ็บจากการกระทบกัม พันธุกรรมผิดปกติ สมอขาดเลือด กลุ่มอาการเร็ด (Rett Syndrome) กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) ความผิดปกติของการเชื่อมต่อประสาทสั่งการกล้ามเนื้อ เช่น ไมแอสทีเนีย กราวิส (myasthenia gravis) และดูเชน (Duchenne's muscular dystrophy) (ระดับ 4)
- ประสาทสั่งการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนบนบกพร่อง พบได้มากในเด็กที่มีอาการกลืนลำบากที่มีสาเหตุจากระบบประสาทและอาจกระทบต่อความสามารถในการควบคุมศีรษะ คอ และลำตัว จึงมีผลกระทบตามมาต่อความสามารถในการกลืนและการป้อนอาหารตัวเอง (ระดับ 4)
- ยารักษาโรคจิตบางชนิดและยาที่ใช้ควบคุมอาการชักอาจลดความตื่นตัวและความสามารถในการกลืน ยาคลายกล้ามเนื้อที่ทำให้เด็กที่มีปัญหากล้ามเนื้อเกร็งอาจมีผลต่อความสามารถในการกลืน (ระดับ 4)

- การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (dystonia) และ dyskinesia จะมีผลต่อความสามารถในการเคี้ยวของเด็ก การทำให้อาหารเป็นก้อนในปากและการกลืน เด็กที่มีปัญหาากล้ามเนื้ออ่อนแรงอาจทำให้การประสานของลิ้นด้านหลังไม่มีทำให้เกิดความลำบากในการกลืนระยะคอหอย (ระดับ 4)

ภาวะโภชนาการ/การเจริญเติบโต (Nutritional status/growth)

อาการแสดงของทุโภชนาการ น้ำหนักไม่ขึ้นหรือเล็กลงไม่โต อาจแสดงถึงการที่เด็กมีภาวะการกลืนลำบาก (ระดับ 4 และ 3.2)

การไหลย้อนกลับของอาหารจากกระเพาะสู่หลอดอาหาร (Gastro-oesophageal reflux (GOR))

การมีการย้อนกลับของอาหารจากกระเพาะอาหารสู่หลอดอาหารที่พบว่าสัมพันธ์กับการกลืนลำบาก พบได้ถึงร้อยละ 75 ในเด็กสมองพิการ อาการแสดงของการย้อนกลับของอาหารได้แก่ หงุดหงิด ทนต่อการรับประทานอาหารมาก ๆ ไม่ได้ อิ่มเร็วและอาเจียนบ่อยครั้ง

การรักษาการกลืนลำบาก (Management of dysphagia)

การกลืนลำบากในเด็กมักเกิดร่วมกับความผิดปกติหรือพัฒนาการที่ล่าช้าอื่น ๆ ได้แก่ พัฒนาการด้านสติปัญญา การควบคุมการเคลื่อนไหวปาก และทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ในโปรแกรมการรักษาใด ๆ ก็ตามควรคำนึงถึงพัฒนาการตามวัย และระดับของทักษะการกลืน เช่น ความสามารถในการเคี้ยวและ/หรือการควบคุมและการทำให้อาหารเป็นก้อนในปาก (ระดับ 4) การรักษาการกลืนลำบากต้องการผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติ นักพยาธิสภาพการพูด นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการและพยาบาล ความรู้เรื่องความปกติและความผิดปกติของการกลืนและเทคนิคการรักษาที่มีความสำคัญมากในการจัดการฟื้นฟูสภาพเด็กที่มีปัญหาการกลืนลำบาก

วิธีการรักษาอาจทำได้ดังต่อไปนี้ (การรักษาจะแตกต่างกันขึ้นกับความต้องการของเด็กแต่ละคน)

การติดตามการได้รับอาหารและน้ำ (Monitoring nutrition and hydration)

การได้รับอาหารไม่เพียงพออาจจะสัมพันธ์กับความผิดปกติของประสาทสั่งการการทำงานของปาก ความยากในการสื่อสารความต้องการอาหารและอาหารที่ชอบ การไม่สามารถป้อนตัวเองได้ การย้อนกลับของอาหารจากกระเพาะ-หลอดอาหารและการสำลัก (ระดับ 3.2) การรักษา/กิจกรรมต่อไปนี้จะช่วย让孩子ได้รับอาหารเพียงพอ (ระดับ 4 และ 3.2)

- การประเมินการได้รับอาหาร โดยนักโภชนาการที่มีประสบการณ์กับเด็ก
- บันทึกการได้รับและการสูญเสีย (รวมทั้งอาเจียนและน้ำลายไหล)

- บันทึกการรับประทานอาหารทางปากของเด็กและการขึ้นของน้ำหนัก เด็กบางคนอาจต้องการการให้อาหารเพิ่มเติม โดยวิธีทางอื่นที่ไม่ใช่ทางปาก ควรบันทึกปริมาณอาหารที่ให้โดยวิธีทางอื่นและนับรวมในปริมาณน้ำและอาหารที่เด็กได้รับทั้งหมด
- ติดตามระยะห่างของมื้ออาหาร

การจัดท่าเด็ก (Positioning)

วัตถุประสงค์ในการจัดท่า คือ การคง (alignment) ศูนย์กลางของร่างกายไว้ ซึ่งต้องจัดให้ศีรษะอยู่ในสมดุลงและมั่นคงในท่าก้มศีรษะ คอยืดตรง (neck elongation) ไหล่แนบกับพื้นและมั่นคง ตัวยึด เชิงกรานอยู่ในท่าตรงโดยสะโพกอง 90 องศา และเท้าขมเข้าเล็กน้อย (dorsi-flexed feet)

- เด็กที่ควบคุมศีรษะได้ไม่ดีและลำตัวไม่ค่อยมั่นคงต้องการวิธีการจัดท่าที่เหมาะสมเฉพาะแต่ละบุคคล (ระดับ 4)

- ในเด็กที่เป็นสมองพิการรุนแรงและมีปัญหาการให้อาหาร การจัดท่าเพื่อให้อาหารขึ้นกับความรุนแรงของการกลืนลำบากและระยะการกลืนที่เป็นปัญหาว่าเป็นระยะปาก หรือระยะคอหอย การจับคางและจัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา และงอสะโพกอาจมีประสิทธิภาพช่วยลดการสำลักในเด็กที่มีปัญหาการกลืนในระยะปาก ในเด็กที่มีปัญหาการกลืนอย่างมากในระยะคอหอยมีปัญหาน้อยในระยะปาก แนะนำให้จัดท่านั่ง งอคอและงอสะโพก (ระดับ 4)

- ไม่แนะนำให้จัดท่าคอแข็งเพราะอาจทำให้การเคลื่อนไหวของอาหารระยะคอหอยไม่สะดวกและทำให้เด็กมีภาวะเสี่ยงต่อการสำลัก (ระดับ 4)

- การจัดท่าเด็กที่เหมาะสมและปลอดภัยโดยตัดลินจากการมองจากภายนอกอาจไม่เพียงพอ จึงอาจจำเป็นต้องให้เด็กกลืนแข็งและทำการตรวจทางรังสี (ระดับ 4)

อาหาร(Diet)

เด็กที่มีอาการกลืนลำบากอาจมีความยากในการกลืนอาหารที่แตกต่างกันในด้านขนาด รสชาติหรือลักษณะเนื้อของอาหาร จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามความต้องการของเด็กแต่ละคน การให้เด็กกลืนแข็งและการตรวจทางรังสี อาจใช้ในการชี้บ่งลักษณะของเนื้ออาหารที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับเด็กที่กลืนลำบากต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของการปรับเปลี่ยนที่อาจทำได้ (ระดับ 3.2 และ 4)

- ขนาดของก้อนอาหารอาจต้องผันแปรไปตามลักษณะเนื้อของอาหารและความสามารถในการกลืนที่มีประสิทธิภาพของเด็ก โดยทั่วไปแนะนำให้ป้อนเป็นคำเล็ก ๆ ในบางสถานการณ์อาหารก้อนใหญ่อาจมีประโยชน์เพราะช่วยเพิ่มการรับรู้สึกในช่องปากและช่วยในการจัดอาหารให้เป็นก้อนและลดระยะเวลาการส่งผ่านอาหารในระยะคอหอย

- ในเด็กที่มีปัญหาความผิดปกติของกล้ามเนื้อร่วมประสาท (neuromuscular) (และทำให้การกลืนไม่ค้อยดี) อาหารกึ่งแข็งอาจกลืนได้ง่ายกว่า
- แนะนำให้ใช้อาหารเหลวชั้น ๆ เพราะช่วยลดภาวะเสี่ยงของการสำลัก โดยการใช้แปรงในการทำให้ อาหารขึ้น
- เด็กที่กลืนลำบากอาจทนได้ดีกับอาหารลักษณะเนื้อแน่นมากกว่าอาหารที่เนื้อไม่แน่นและอาหารที่เป็นน้ำแต่ก็ทำให้ต้องการเวลาในการเคี้ยวมาก
- เมื่อพิจารณาเปลี่ยนลักษณะเนื้ออาหารควรพิจารณาความหนืดและความเหนียวของอาหารด้วย
- เมื่อเลือกอาหารที่มีลักษณะเนื้ออาหารที่เหมาะสมกับเด็กแล้วควรให้เด็กได้อาหารที่มีรสชาติต่าง ๆ กันด้วย ควรมีการบันทึกลักษณะเนื้ออาหารที่เด็กชอบ หรือที่เด็กรับประทานได้เพื่อชี้บ่งสิ่งที่เด็กรับประทานได้ดีที่สุด
- เด็กมีความแตกต่างกันในการตอบสนองต่ออุณหภูมิของอาหาร ไม่มีหลักฐานเกี่ยวกับอุณหภูมิที่ดีที่สุดของอาหาร

อุปกรณ์ช่วยในการรักษาการกลืนลำบาก (Supportive devices in management of dysphagia)

ช้อนที่มีขนาดและรูปร่างต่าง ๆ สามารถช่วยในการควบคุมขนาดก้อนอาหารที่ให้ได้ ซึ่งการดัดแปลงอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้อาหารนี้มีประโยชน์สำหรับเด็กที่มีปัญหาการกลืนระยะปาก การใช้จานที่มีขอบกั้น ด้วยกันเล็ก และการทำที่จับพิเศษสำหรับช้อนและส้อมมีประโยชน์สำหรับเด็กที่จะเรียนรู้การป้อนอาหารให้ตัวเอง การใช้ช้อนที่มีที่จับมีลักษณะเป็นมุมหยักมีประโยชน์สำหรับเด็กที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว อุปกรณ์ช่วยสนับสนุนเช่น สติง การพันแขนและนิ้วมือ ช่วยให้เด็กป้อนตัวเองได้ (ระดับ 4) ควรมีการส่งต่อให้นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดถ้าพบว่าเด็กต้องการอุปกรณ์ช่วยต่าง ๆ ดังกล่าว

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Prevention of complications)

การสำลัก (Aspiration)

- สังเกตอาการแสดงของการสำลัก (ไอ การอุดกั้นและการหายใจลำบาก) และบันทึกรูปแบบและอัตราการหายใจ ถ้าสงสัยว่าสำลักควรหยุดการให้อาหารทางปาก จนกว่าจะพิสูจน์สาเหตุได้
- ควรตระหนักว่าได้มีการรายงานการสำลักแฝง (เช่น ไม่มีอาการแสดง) ในเด็กที่มีการกลืนลำบาก ซึ่งสามารถเกิดขึ้นก่อน ขณะและหลังการกลืน (ระดับ 4)

ปัจจัยด้านสติปัญญาและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการรักษาการกลืนลำบาก (Cognitive and behavioural factors influencing dysphagia management)

ในการรักษาปัญหาการกลืนลำบากควรพิจารณาปัจจัยด้านสติปัญญาและพฤติกรรม คำแนะนำต่อไปนี้อยู่บนพื้นฐานของความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (ระดับ 4)

- ถ้าสงสัยว่าเด็กจะมีปัญหาด้านสติปัญญา ควรส่งต่อไปให้บุคลากรวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อประเมินให้แน่ใจว่าเด็กสามารถทำตามคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร
- การแนะนำด้วยคำพูดควรให้อย่างเหมาะสมกับระดับความเข้าใจและสติปัญญาตามวัย
- ถ้าเด็กปฏิเสธอาหารควรใช้วิธีการจัดการที่ไม่ก้าวร้าว และไม่แนะนำให้ใช้วิธีการบังคับ
- เด็กที่ไม่ค่อยอยู่นิ่ง ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดแม้ว่าเด็กจะสามารถกลืนได้เองอย่างปลอดภัย ควรเก็บอาหารให้พ้นมือเด็กและเตือนให้เด็กกินอย่างช้า ๆ และกลืนก่อนที่จะให้อาหารคำต่อไป
- เด็กที่มีความจำบกพร่องหรือง่ายต่อการถูกเบี่ยงเบน ควรได้รับการเตือนอย่างสม่ำเสมอให้เคี้ยวและกลืนอาหาร ควรตรวจสอบในปากของเด็กหลังจากการให้อาหารเสร็จเพื่อป้องกันการสำลักจากการที่เด็กเก็บอาหารเหลือไว้ในปาก
- ในเด็กที่กระวนกระวายที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ควรจัดบรรยากาศที่ไม่เบี่ยงเบนเด็กจากการรับประทานอาหารและผู้ป้อนอาหารที่เด็กคุ้นเคยจะช่วยให้เด็กคงสภาวะการรับประทานอาหารทางปากได้

การช่วยเหลือโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centred approach)

- การดูแลเด็กที่มีปัญหาการกลืนลำบากเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด ดังการศึกษาหนึ่งที่พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากความเครียดดังกล่าว ผู้ดูแลเด็กควรได้รับการสนับสนุนให้ความมั่นใจและยกย่องสำหรับความทุ่มเทที่พวกเขาทำให้ในการจัดการปัญหาการให้อาหารและการกลืนลำบากในเด็ก (ระดับ 4)
- ควรมีการให้ข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารและการกลืนลำบากได้ดี ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้แก่ กลวิธีการให้อาหารทางปาก การเตรียมอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน การดัดแปลงอุปกรณ์ เทคนิคการจัดท่า พฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ในทางบวกและความก้าวหน้าของเด็กเกี่ยวกับทักษะการกลืน (ระดับ 4)
- สิ่งสำคัญคือ ควรมีการให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับพ่อแม่ในการประเมินและรักษาเด็กที่มีปัญหาการกลืนลำบาก (ระดับ 3.2 และ 4)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การชี้บ่งและการประเมิน (Identification and Assessment)

- ความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาการกลืนที่ปกติและผิดปกติ รวมทั้งการรู้ปัจจัยด้านพัฒนาการที่มีอิทธิพลต่อการกลืนมีความสำคัญอย่างมากต่อการ ตระหนัก(รู้)และประเมินเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อการกลืนลำบากให้ได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ (ระดับ 4)

- การตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของการกลืนลำบาก และการสำลัก มีความสำคัญอย่างมากต่อการรับรู้และการประเมินการกลืนลำบาก เมื่อมีข้อชี้บ่งควรมีการอภิปรายสถานะของเด็กกับแพทย์เวชปฏิบัติและส่งต่อนักพยาธิสภาพการพูดเพื่อให้มีการประเมินต่อไป (ระดับ 4, 3.2)
- ภาวะการกลืนลำบากควรได้รับการประเมินโดยสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งพยาบาลด้วย นักพยาธิสภาพการพูด มีบทบาทสำคัญในการประเมิน พัฒนาและลงมือปฏิบัติ กลวิธีที่ใช้รักษาการกลืนลำบากของเด็ก (ระดับ 4)
- ภาวะทุโภชนาการหรือการเลี้ยงไม่โตในเด็กอาจสัมพันธ์กับการกลืนลำบากและควรเป็นข้อพิจารณาเมื่อประเมินการเกิดการกลืนลำบากในเด็ก (ระดับ 4)
- ควรสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความยากลำบากในการรับประทานอาหารของเด็กจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล เมื่อสงสัยว่าเด็กจะมีภาวะการกลืนลำบาก (ระดับ 4, 3.2)

2. การรักษา (Management)

- ความรู้เกี่ยวกับสมมติฐานของโรคเกี่ยวกับการกลืนทั้งปกติและไม่ปกติและความเข้าใจเทคนิคการบำบัดที่ใช้ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพเด็กที่มีภาวะการกลืนลำบาก มีความจำเป็น (ระดับ 4)
- การใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความจำเป็นในการรักษาการกลืนลำบาก พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทมากในการลงมือปฏิบัติการรักษาเด็กที่มีภาวะการกลืนลำบาก (ระดับ 4)

การได้รับอาหารและน้ำทางปาก (Maintenance of oral nutrition and hydration)

- ควรมีการเฝ้าติดตามการเจริญเติบโต การได้รับน้ำและภาวะโภชนาการของเด็กที่มีการกลืนลำบาก (ระดับ 4)
- ควรจัดให้มีวิธีการรักษาเฉพาะเพื่อคงสภาพการได้รับอาหารและน้ำทางปากตามความต้องการของเด็กแต่ละคน (ระดับ 4 และ 3.2)

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Prevention of complications)

- เด็กที่มีการกลืนลำบากควรได้รับการเฝ้าติดตามอาการแสดงของการสำลัก ควรใช้วิธีการให้อาหารที่มั่นใจว่าเด็กกลืนได้อย่างปลอดภัย (ระดับ 4)
- ควรเฝ้าติดตามความสามารถในการกลืนของเด็กและตระหนักว่าการกลืนอาจแย่ลง คงเดิมหรือดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกี่ยวกับความสามารถในการกลืนอาหาร ควรรายงานให้นักพยาธิสภาพการพูดหรือแพทย์เวชปฏิบัติทราบ (ระดับ 4)

ปัจจัยด้านสติปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive and behavioural factors)

- สิ่งสำคัญคือต้องตระหนักว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทอาจต้องการการบำบัดด้านสติปัญญาและพฤติกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการรักษาการกลืนลำบาก (ระดับ 4)

3. การช่วยเหลือโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centred approach)

- ครอบครัวและผู้ดูแลที่ดูแลเด็กที่มีการกลืนลำบากต้องการการสนับสนุน ข้อมูล การให้ความมั่นใจ และการแสดงความซาบซึ้งใจต่อความทุ่มเทของพวกเขา (ระดับ 4)
- ควรใช้กลวิธีการรักษาที่ให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการรักษาการกลืนลำบาก (ระดับ 4, 3.2)

ระยะของการกลืนปกติ (Phases of normal swallowing)

ระยะเตรียมปาก :	เป็นระยะที่ควบคุมได้ น้ำและอาหารถูกจัดให้เป็นก้อน ในระหว่างระยะนี้ก้อนอาหารจะอยู่ระหว่างลิ้นและเพดานแข็ง และเพดานอ่อนจะถูกดึงลงเพื่อป้องกันไม่ให้ก้อนอาหารเข้าไปในคอหอย ทางเดินหายใจเปิดอยู่
ระยะปาก :	เป็นระยะที่ควบคุมได้ เพดานอ่อนถูกยกขึ้นและอาหารเคลื่อนไปที่คอหอยโดยวิธีการบีบรัด ในขณะที่เดียวกันก็มีการปิดของบริเวณจมูกร่วมคอหอย
ระยะคอหอย :	เป็นระยะที่ทั้งควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ก้อนอาหารถูกส่งผ่านไปคอหอยด้านหลัง กล่องเสียงปิดเพื่อป้องกันทางเดินหายใจและหลอดอาหารส่วนบนเปิด
ระยะหลอดอาหาร :	เป็นระยะที่ควบคุมไม่ได้ เกิดตามหลังขั้นคอหอย ก้อนอาหารถูกส่งผ่านไปกระเพาะอาหาร โดยวิธีการบีบรัด

อาการและอาการแสดงของการกลืนลำบากในเด็ก (Sign and symptoms of dysphagia in children)

อาการและอาการแสดงทั้งหมดได้หลักฐานจากหลักฐานระดับ 3.2 และ 4 ยกเว้นภาวะการหายใจลำบากและ gastro-oesophageal reflux ซึ่งได้จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (ระดับ 4)

- มีน้ำลายไหลจากปากมาก
- มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน
- อาหารหล่นจากปาก เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกลืนได้
- พ่นอาหาร (ถ่มอาหารออกจากปาก)
- ปฏิเสธอาหาร
- ระยะเวลาการรับประทานอาหารนาน เช่น นานกว่า 45 นาที
- มีอาการแสดงของการต้องใช้แรงมาก อ่อนเพลียและระดับการตื่นตัวลดลง
- มีความลำบากในการรับประทานของเหลว ซุป อาหารกึ่งแข็ง และอาหารแข็ง
- อาการแสดงของการหายใจลำบากขณะได้รับอาหาร : การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการหายใจปกติ หายใจใช้แรงมาก หายใจเสียงดัง อาการแสดงของภาวะอ่อนเพลียขณะรับประทานอาหาร
- อาการแสดงของการสำลัก: ขย้อน ไอ และหายใจไม่ออกขณะกลืนของเหลวและอาหาร
- หายใจลำบาก ได้แก่ หายใจมีเสียง ฮีด (stridor) และเสียงวีด (wheeze)
- มีประวัติการติดเชื้อซ้ำในช่องอก
- มีความไวต่อการสัมผัสอาหารทางปาก อาการแสดงคือ: มีความไวเกินต่อการสัมผัสในปาก หรือรอบ ๆ ปาก ปฏิเสธอาหาร ไม่รับหรือทำหน้าเหยเก ไม่สามารถทนต่อลักษณะเนื้ออาหารบางอย่างได้

ประวัติการรับประทานอาหารที่ได้จากบิดามารดา/ผู้ดูแล

(Feeding history obtained from parents/caregivers)

ประวัติการรับประทานอาหารของเด็กจากบิดามารดาและผู้ดูแลมีความสำคัญในการบ่งชี้และประเมินปัญหาเฉพาะในเด็กที่มีภาวะการกลืนลำบาก ควรมีการประเมินข้อมูลต่อไปนี้เพิ่มเติม ถ้าพบว่าเด็กอาจมีปัญหาการกลืนลำบาก (ระดับ 3.2 และ 4)

- ประวัติการมีปัญหาการดูด การดูดนมแม่ และการเริ่มรับประทานอาหารแข็ง
- ปัญหาการเคี้ยว การบ้วนอาหาร หรือรับประทานอาหารจำนวนน้อย
- ทนได้ต่ออาหารเฉพาะอย่าง เฉพาะบางลักษณะ
- ไอ หรือหายใจเสียงดัง (อาจแสดงถึงการสำลักหรือมีเศษอาหารในคอหอย)
- ปฏิเสธอาหาร (อาจแสดงถึงความปวดที่เกิดร่วมกับการกลืน)
- มีอาการไม่สุขสบายระหว่างการรับประทานอาหาร (อาจแสดงถึงความปวดที่เกิดร่วมกับการกลืน)
- ประวัติการใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานเกิน
- การจัดการกับอาหารในปาก (เช่น บ้วนอาหารออกช่วงท้าย ๆ ของมื้ออาหาร)
- มีเวลาเฉพาะในแต่ละวันที่เด็กรับประทานอาหารได้ดี
- มีอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อความสำเร็จในการรับประทานอาหาร
- วิธีการให้อาหารของผู้ดูแล ซึ่งอาจมีบางวิธีการที่สำเร็จมากกว่าวิธีอื่น ๆ
- ท่าของเด็กขณะการรับประทานอาหาร