

การประเมินและการจัดการภาวะกลืนลำบากในเด็กที่มีความบกพร่องของเส้นประสาท

Assessment and management of dysphagia in children with neurological impairments

ข้อแนะนำ

- คู่มือนี้ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2000 ยังคงมีความเป็นปัจจุบันและได้รับการยอมรับว่าการประเมินและการจัดการภาวะกลืนลำบากในเด็กที่มีความบกพร่องของเส้นประสาทต้องการความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและต้องให้การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง^{2,4-9}
- ความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาการกลืนที่ปกติและผิดปกติและปัจจัยเกี่ยวกับการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกลืนลำบากมีความสำคัญต่อการคำนึงถึงและประเมินเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบาก (Grade B)
- การตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญต่อการคำนึงถึงและประเมินภาวะกลืนลำบาก เมื่อสงสัยว่ามีภาวะกลืนลำบาก ควรจัดการให้อาหารทันทีและทบทวนอาการของเด็กร่วมกับแพทย์และส่งต่อไปยังนักอรรถบำบัด/นักแก้ไขการพูด (speech pathologist) เพื่อประเมินต่อไป (Grade B)
- ภาวะทุพโภชนาการของเด็กหรือเด็กเลี้ยงไม่โตอาจสัมพันธ์กับภาวะกลืนลำบากและต้องคำนึงถึงด้วยเมื่อประเมินเด็กที่มีภาวะกลืนลำบาก (Grade B)
- ควรถามข้อมูลจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารลำบาก เมื่อสงสัยว่าเด็กอาจมีภาวะกลืนลำบาก (Grade B)
- การใช้ทีมสหสาขามีความสำคัญสำหรับการประเมินและการจัดการภาวะกลืนลำบาก (Grade B)
- การเจริญเติบโต สภาวะน้ำและโภชนาการควรได้มีการประเมินติดตามในเด็กที่มีภาวะกลืนลำบาก (level B) ควรจัดการดำเนินการจัดการที่เฉพาะเพื่อสนองตามความต้องการของรายบุคคล
- เด็กที่มีภาวะกลืนลำบากควรมีการประเมินติดตามอาการของการสำลัก สำหรับเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาลควรมีเครื่องมือพร้อมใช้เสมอ (ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ) การให้ดูแล เช่น ระยะเวลาการให้อาหารควรมีการทำเพื่อให้มีการกลืนที่ปลอดภัย (Grade B)

แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก Best Practice ฉบับนี้เป็นการนำเสนอความก้าวหน้าจากข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2000² ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 25 ฉบับ³ ในการพิมพ์ครั้งนี้มีเอกสารเพิ่มจากเดิมอีก 5 ฉบับ⁴⁻⁹ ในจำนวนเอกสาร 30 ฉบับ พบว่า 17 ฉบับเป็นความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอีก 10 ฉบับเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา และ 3 ฉบับเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังชนิดควบคุม (case control studies)

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของเอกสาร Best Practice ฉบับนี้เพื่อนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดสำหรับการประเมินและการจัดการภาวะกลืนลำบากในเด็กที่มีความบกพร่องของเส้นประสาท

ความเป็นมา

ทารกตั้งแต่แรกเกิดระบบประสาทควบคุมการประสาน งานของการดูด การกลืนและการหายใจโดยทั่วไปมีการพัฒนาดี หากทารกมีการกลืนผิดปกติไม่เพียงแต่ทำให้ทารกได้รับนมไม่เพียงพอที่ส่งผลต่อโภชนาการลดลงเท่านั้น แต่เสี่ยงภาวะคุกคามของชีวิตจากการสำรอกนมเข้าสู่ปอด อาการสำลักและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการหายใจและปอด ภาวะกลืนลำบากในเด็กที่มีความบกพร่องของเส้นประสาท มักสัมพันธ์กับการถูกทำลายหรือมีการพัฒนาที่ผิดปกติกล้ามเนื้อที่ควบคุมกระบวนการรับประทานอาหารและการกลืนหรือส่วนของระบบประสาทหรือโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลืน^{3,6-7} ลักษณะความผิดปกติที่พบได้แก่ กระบวนการของระยะต่างๆของการกลืน เด็กที่มีภาวะกลืนลำบากพบว่ามีความลำบากในการควบคุมลิ้นและการกลืนอาหาร ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนตัวของอาหารจากปากมายังช่องคอ (pharynx) และ/หรือมีการกลืนผ่านช่องคอซ้ำ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ ภาวะกลืนลำบากนี้พบได้ในขนาดอ่อน ปานกลาง และรุนแรง

- ควรประเมินความสามารถในการกลืน การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการกลืนแล้วรายงานต่อนักบรรณบำบัดหรือแพทย์ (Grade B)
- สิ่งสำคัญคือควรคำนึงถึงเสมอว่าเด็กที่มีความบกพร่องของระบบประสาทอาจต้องการการดูแลด้านสติปัญญาและพฤติกรรมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการจัดการภาวะกลืนลำบาก (Grade B)
- ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะกลืนลำบากต้องการการสนับสนุนระดับประคอง ข้อมูล และการสร้างความมั่นใจ (Grade B)
- ควรใช้การเข้าหาด้วยวิธีการให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการจัดการภาวะกลืนลำบาก (Grade B)

ระดับข้อแนะนำ

ระดับข้อแนะนำใช้เกณฑ์ที่พัฒนาโดย JBI ในปี ค.ศ. 2006 ในเรื่องระดับของประสิทธิผล¹

Grade A สนับสนุนการนำไปใช้เต็มที่

Grade B สนับสนุนปานกลางต้องพิจารณาก่อนนำไปประยุกต์ใช้

Grade C ไม่สนับสนุน

นิยามคำศัพท์

ภาวะกลืนลำบาก หมายถึงความลำบากในการกลืน

ความบกพร่องของระบบประสาท หมายถึง การทำหน้าที่ที่ผิดปกติของระบบประสาทโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับการกลืน

ระยะปาก-ครอบคลุมถึงความสามารถในการควบคุมและถูกควบคุมโดยประสาทสมองส่วนรับรู้สึกและการเคลื่อนไหว

ระยะช่องคอ-ในระยะนี้ของการกลืน ทางเดินอากาศปิดและเพดานอ่อนจะยกขึ้นเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

ระยะหลอดอาหาร- ในระยะนี้ของการกลืน หลอดอาหารมีการบีบตัว ซึ่งหูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างเปิดและอาหารถูกส่งเข้าสู่กระเพาะอาหาร

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยของ

ภาวะกลืนลำบากในเด็กที่มีความบกพร่องของเส้นประสาท

เด็กหรือทารกอาจแสดงปัญหาของการกลืนลำบากด้วยอาการทั่วไปหรืออาการเฉพาะ

อาการทั่วไป

- เลี้ยงไม่โต
- ป้อนอาหารลำบาก/ยาก
- ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนบ่อย
- ปฏิเสธอาหาร
- อาการแสดงของการเพิ่มความพยายาม อ่อนเปลี้ย หรือระดับความตื่นตัวลดลง

อาการเฉพาะ

- มีความไวของการสัมผัสทางปากเพิ่มขึ้น
- มีความไวต่อการสัมผัสภายในปากหรือรอบๆปาก
- หลีกเลียงอาหาร

- ทำให้นายน
- ความทนต่อลักษณะของอาหารบางประเภทลดลง
- บ้วนอาหารทิ้ง
- ระยะเวลาในการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น เช่น นานกว่า 45 นาที
- การจัดการอาหารเหลว อาหารปั่น อาหารชิ้น และอาหารแข็ง ลำบาก

ภาวะการกลืนอาหารลำบากนอกจากพบร่วมกับความบกพร่องของระบบประสาท เด็กอาจมีการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนบ่อยครั้ง และภาวะกรดไหลย้อน (GOR) อาการของ GOR ได้แก่ หงุดหงิด ไม่สามารถทนต่ออาหารปริมาณมาก อิ่มเร็ว และอาเจียนบ่อยครั้ง

อาการและอาการแสดงเหล่านี้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ Grade A และ Grade B³⁻⁹

อาการบางอย่างสัมพันธ์กับบางระยะของกระบวนการกลืน ประกอบด้วย

ระยะปาก

สำคัญ ขย้อนอาหาร น้ำลายไหลยืดมากผิดปกติ การดูดไม่แรง ลิ้นยื่นออกมา อาหารร่วงออกจากปาก เนื่องจากลิ้นควบคุมไม่ดี

ระยะช่องคอ

ขย้อนอาหาร หรือสำลักเมื่อรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารปกติ ไอ ขย้อน หรือน้ำลายยืด อาหารไหลย้อนขึ้นช่องคอและจมูก หายใจลำบากและมีเสียง stridor และ เสียงวี๊ด

ระยะหลอดอาหาร

อาการของการหายใจลำบากขณะได้รับอาหาร รูปแบบการหายใจปกติเปลี่ยนแปลง ไซ้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น หายใจเสียงดัง อาการอ่อนเปลี้ยขณะรับประทานอาหาร

เกณฑ์การประเมิน

หากสงสัยว่ามีภาวะการกลืนลำบาก ควรหยุดให้อาหารทันทีและส่งต่อเด็กมาพบแพทย์และนักอรรถบำบัดเพื่อรับการประเมิน

เครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการพิจารณาหาสาเหตุของภาวะกลืนลำบากได้แก่ ประวัติการรับประทานอาหารจากผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ข้อมูลต่อไปนี้ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติม

- ประวัติใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดูด การรับนมมารดาจากเต้า และการรับประทานอาหารแข็ง
- ปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการบ้วนอาหารทิ้งหรือรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆเท่านั้น
- รับประทานอาหารบางประเภท
- การไอและหายใจเสียงดัง (อาจบ่งถึงการสำลักหรือมีเศษอาหารในช่องคอ)
- ปฏิเสธอาหาร (อาจบ่งถึงมีความปวดขณะกลืนอาหาร)
- ไม่สุขสบาย (distress) ขณะรับประทานอาหาร(อาจบ่งถึงมีความปวดขณะกลืนอาหาร)

- ประวัติรับประทานอาหารใช้เวลานานเกินไป
- การจัดการอาหารในปากของเด็ก (เช่น บ้วนอาหารทิ้งเมื่อใกล้หมดมื้ออาหาร)
- เวลาเฉพาะของวันที่เด็กรับประทานอาหารได้ดี
- อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อการให้อาหารได้สำเร็จ (เช่น เด็กจะรับประทานภายใต้บรรยากาศเฉพาะเท่านั้น หรือสถานที่เฉพาะเท่านั้น)
- วิธีการให้อาหารของผู้ดูแลเด็ก-มีเทคนิคเฉพาะบางอย่างที่มีประสิทธิภาพกว่าวิธีอื่นหรือไม่
- การจัดทำเด็กขณะรับประทานอาหาร

การใช้เครื่องมืออื่นร่วมด้วยในการประเมินหาข้อมูลของภาวะการกลืนอาหารลำบาก ได้แก่

- การประเมินผลอาการข้างเคียงโดยนักอรรถบำบัด
- การตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อปาก(โครงสร้างที่ผิดปกติของลิ้น เพดานปาก ขากรรไกร ความลำบากในทุกระยะของการกลืน การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของปาก กล่องเสียง หรือช่องคอ)
- ผลการตรวจทางรังสี (เช่น การตรวจ videofluoroscopic modified barium swallow)
- การตรวจร่างกายของระบบประสาทที่มีภาวะกำลังของกล้ามเนื้อผิดปกติ กล้ามเนื้อหดเกร็งผิดปกติซึ่งมีผลต่อการรับประทานอาหาร

การประเมินเพิ่มเติมประกอบด้วย

- ภาวะน้ำและโภชนาการของเด็ก
- การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเพิ่มเติม

เหตุผลของการกลืนผิดปกติอาจพิจารณาได้ง่าย(เช่น ความผิดปกติที่เห็นอย่างชัดเจนของขากรรไกร ลิ้น ระบบประสาท และอื่นๆ) อย่างไรก็ตามเด็กที่มีการรับประทานอาหารลำบากหรือไม่สุขสบายจากความผิดปกติของโครงสร้างเหล่านี้ อาจคงอยู่เนื่องจากการเรียนรู้ที่จะไม่ชอบรับประทานอาหาร การทำงานร่วมกันระหว่างเด็กและครอบครัว/ผู้ดูแล ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหลายด้าน จะช่วยให้มีการพิจารณาที่รอบคอบเพื่อให้มีกลยุทธ์การจัดการที่ดีที่สุดสำหรับเด็กแต่ละราย

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลืนลำบาก

เด็กที่มีความเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบากได้แก่ กลุ่มที่มีความผิดปกติมากกว่า 1 ชนิดร่วมกับ cerebral palsy ศีรษะได้รับอันตราย/บาดเจ็บ ความผิดปกติทางพันธุกรรม เนื้อสมองขาดเลือด(cerebral infarcts) Rett Syndrome, Down Syndrome การเคลื่อนไหวส่วนบนผิดปกติ กล้ามเนื้อหดเกร็งผิดปกติ การเคลื่อนไหวผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือจุดส่งปลายประสาทผิดปกติ เช่น โรค myasthenia gravis และ Duchenne's muscular atrophy³⁻⁶

การที่เด็กได้รับยาเพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวและควบคุมอาการชักอาจทำให้ความตื่นตัวลดลงและความสามารถในการกลืนลดลง (Grade B)

ภาวะกลืนลำบากนำไปสู่ภาวะขาดน้ำ การรับประทานอาหารลดลง และน้ำหนักตัวลดลง

การจัดการภาวะกลืนลำบาก

วัตถุประสงค์ที่สำคัญในการจัดการเด็กที่มีภาวะกลืนลำบากจากความบกพร่องของเส้นประสาท ได้แก่ การเพิ่มและได้รับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตที่ดีและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหารเข้าปอด เนื่องจากการจัดการส่วนมากจะทำในขณะที่เด็กอยู่บ้าน ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่กลยุทธ์ในการรักษาคือส่งเสริมการใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Grade B)

ครอบครัวและผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะกลืนลำบากต้องการการสนับสนุน ข้อมูล ความมั่นใจและการชมเชยในสิ่งที่ได้ทำ (Grade B) ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเด็กควรครอบคลุมในเรื่อง

- กลยุทธ์สำหรับการรับประทานทางปาก
- การเตรียมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่หลากหลาย
- การประยุกต์ใช้เครื่องมือ
- การจัดทำเด็กขณะรับประทานอาหาร
- พฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ทางบวก
- การพิจารณาความก้าวหน้าทักษะการกลืนของเด็ก

การใช้สหสาขาวิชาชีพในการให้บริการร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการประเมินและจัดการเด็กที่มีภาวะกลืนลำบากมีความสำคัญ (Grade A และ Grade B) สมาชิกของสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย แพทย์ นักอรรถบำบัด นักกายภาพบำบัด นักอาชีพบำบัด นักโภชนาการ และ พยาบาล องค์ความรู้เรื่องการกลืนที่ปกติและผิดปกติ และเทคนิคการรักษามีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการจัดการและฟื้นฟูเด็กที่มีภาวะกลืนลำบาก พัฒนาการของเด็กตามอายุและระดับความสามารถของทักษะการกลืนปัจจุบันควรนำมาพิจารณาในโปรแกรมการจัดการด้วย (Grade B) วิธีการจัดการที่ง่าย ๆ ได้แก่

การประเมินติดตามโภชนาการและน้ำ

วัตถุประสงค์ของการประเมินติดตามเพื่อช่วยให้คงไว้ซึ่งโภชนาการและน้ำ (Grade B)

- ประเมินติดตามและประเมินเกี่ยวกับอาหารอย่างต่อเนื่องโดยนักโภชนาการที่มีประสบการณ์ทางเด็ก
- บันทึกการได้รับและการสูญเสียสารน้ำ (รวมถึง การอาเจียน และน้ำลายยืด)
- บันทึกอาหารที่รับประทานทางปากและการเพิ่มของน้ำหนักตัว (เด็กบางรายอาจต้องการอาหารเสริมที่ไม่ใช่ทางปาก และต้องรวมปริมาณสารน้ำและอาหารที่เด็กรับประทานด้วย)
- ประเมินติดตามระยะเวลาในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ

การจัดทำเด็กขณะรับประทานอาหาร

วัตถุประสงค์ของการจัดทำเด็กเพื่อให้ลำตัวของเด็กอยู่ตรง ลดโอกาสการเกิดการขย้อนและสำลักอาหาร การจัดทำเด็กขึ้นกับความรุนแรงของภาวะกลืนลำบากของเด็กและระยะของการกลืนที่ผิดปกติ

เด็กที่มีภาวะ cerebral palsy รุนแรงและมีปัญหาการรับประทานอาหาร การจัดทำขึ้นอยู่กับระดับของภาวะกลืนลำบากว่าอยู่ในระยะปากหรือระยะช่องคอ ไม่แนะนำให้แขนงคอเด็กเพราะจะทำให้การเคลื่อนไหวบริเวณกล่องเสียงและการทำให้ช่องคอโล่งเสียไปและยังทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการสำลักอาหาร (Grade B) การจัดทำที่เหมาะสมเพื่อให้เด็กมีความปลอดภัยด้วยการใช้สายตาอาจเป็นไปได้ และอาจมีความจำเป็นที่ต้องทำการตรวจ videofluoroscopic modified barium swallow (Grade B)

การจัดทำเด็กโดยจัดให้นั่งเอนหลังประมาณ 30 องศาและงอตะโพกให้หน้าและคอตั้งตรงเพื่อไม่ให้เกิดคางคก เพื่อลดการสำลักอาหารในเด็กที่มีปัญหาการกลืนในระยะปาก ในขณะที่ต้องจัดให้เด็กนั่งในท่าตรงก้มหน้าและงอตะโพกสำหรับเด็กที่มีภาวะกลืนลำบากในระยะปากเล็กน้อยแต่มีในระยะช่องคอกมากกว่าระยะปาก (Grade B)

อาหาร

วัตถุประสงค์ของการดัดแปลงอาหารเพื่อช่วยให้เด็กจัดการปริมาณอาหาร รสชาติ และ รูปแบบของอาหารที่แตกต่างกัน การดัดแปลงอาหารขึ้นอยู่กับความต้องการของเด็กแต่ละราย การตรวจ videofluoroscopic modified barium swallow อาจใช้ในการช่วยพิจารณาลักษณะเยื่ออาหารที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับเด็ก ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นกรดัดแปลงอาหารที่แนะนำ (Grade B)

- ขนาดของอาหารแต่ละคำ แนะนำว่าควรเป็นอาหารคำเล็กๆ ในบางกรณีอาจใช้อาหารคำโตได้เพื่อช่วยกระตุ้นการรับรู้ในช่องปากและทำให้เด็กจัดการปริมาณอาหารนั้น ช่วยลดระยะเวลาอาหารที่อยู่ในช่องคอ ขนาดของคำอาจปรับเปลี่ยนตามลักษณะเยื่ออาหารและประสิทธิภาพในการกลืนอาหารของเด็ก
ข้อสังเกต: เด็กที่มีความผิดปกติของระบบประสาท และการกลืนไม่แข็งแรงหรือการกลืนที่ไม่ประสานสัมพันธ์ การให้อาหารที่มีลักษณะกึ่งแข็งอาจช่วยให้เด็กกลืนง่ายกว่าอาหารคำใหญ่คำเดียว
- ลักษณะเยื่ออาหาร อาหารเหลวชนิดข้นช่วยลดความเสี่ยงของการสำลัก แนะนำ การทำให้อาหารข้นจากแป้ง เด็กที่มีการกลืนบกพร่องอาจรับอาหารที่เป็นเนื้อเดียวได้ดีกว่าอาหารชนิดเหลวแต่อาจต้องใช้เวลาในการเคี้ยวนาน เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงลักษณะเยื่ออาหาร ควรคำนึงถึงความยืดหยุ่นและความหนืดของอาหาร เด็กควรได้รับลักษณะเยื่ออาหารและรสชาติที่หลากหลาย ควรได้มีการบันทึกความชอบและความทนของเด็กเพื่อดูว่าประเภทที่เด็กรับได้มากที่สุด
- อุณหภูมิของอาหาร เด็กมีการตอบสนองที่แตกต่างกันต่ออุณหภูมิของอาหาร ยังไม่มีหลักฐานเกี่ยวกับอุณหภูมิสูงสุดของอาหารที่ควรได้รับ

อุปกรณ์ช่วยในการจัดการการกลืนลำบาก

อุปกรณ์ช่วยอาจช่วยเด็กที่มีปัญหาการกลืนในระยะปากที่ไม่สามารถควบคุมขนาดคำของอาหารและสามารถเรียนรู้การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การเข้าถึงอุปกรณ์ขึ้นอยู่กับสถานที่และประเทศนั้น อุปกรณ์ช่วยอาจรวมถึง

- ล้อเซ็นหรือหมอนเด็ก
- ซ้อนรูปแบบและขนาดต่างๆ
- ที่กั้นอาหารในจานและถ้วยรูปทรงที่ตัดไอศกรีม
- ที่สวมด้ามซ้อนหรือส้อมขนาดเหมาะสมมือ
- ที่สวมด้ามซ้อนที่สามารถปรับซ้อนพร้อมกับสายสวม เช่น ผ้า ปลอกสวมมือและนิ้ว

เด็กจะต้องใช้อุปกรณ์ชนิดใดนั้นต้องมีการส่งต่อเด็กเพื่อขอคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัดหรือนักกายภาพบำบัด

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร

สังเกตเด็กเกี่ยวกับอาการของการสำลัก (ไอ ชี้อ่อน และหายใจลำบาก) และบันทึกแบบแผนและอัตราการหายใจ หากสงสัยว่าเด็กมีการสำลักควรหยุดให้อาหารทางปากทันทีจนกว่าจะสืบค้นหาสาเหตุได้ (Grade B)

หมายเหตุ: พึงตระหนักว่าเด็กอาจมีการสำลักแบบเงียบ (ไม่แสดงอาการ) ซึ่งมีการรายงานไว้ในเด็กที่มีภาวะกลืนลำบากและสามารถเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการให้อาหาร (Grade B)

ควรสังเกตการพร่องของสติปัญญา หากสงสัยว่ามีการพร่องของสติปัญญาควรส่งต่อเด็กไปยังบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม เพื่อทำการประเมินและให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อต้องช่วยในการให้อาหาร การสอนด้วยวาจาต้องใช้ภาษาที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจและสติปัญญา เด็กที่มีความจำบกพร่องหรือมีแนวโน้มที่จะถูกเบี่ยงเบนได้ง่ายควรได้รับการเตือนเป็นระยะเรื่องการเคี้ยวและการกลืนอาหาร และภายหลังให้อาหารควรตรวจดูภายในปากเด็กด้วยว่ามีเศษอาหารค้างอยู่หรือไม่ เพื่อป้องกันการเกิดการชี้อ่อน

ควรสังเกตปัจจัยด้านพฤติกรรมโดยใช้กลยุทธ์ที่ไม่มีความรุนแรงก้าวร้าวในการจัดการเรื่องการปฏิเสธอาหาร เด็กที่มีการคายอาหารออกมาต้องการการประเมินติดตามอย่างใกล้ชิดเป็นรายบุคคล วางอาหารให้พื้นมือเด็ก ย้ำเตือนให้เด็กรับประทานอาหารอย่างช้าๆ และให้มั่นใจว่าอาหารคำนั้นได้ถูกกลืนแล้วก่อนให้อาหารคำใหม่ เด็กที่มีอาการกระวนกระวายเนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บ การจัดให้เด็กได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งดึงดูดความสนใจและป้อนอาหารโดยผู้ที่เด็กคุ้นเคยช่วยให้เด็กรับประทานอาหารทางปากได้

กิตติกรรมประกาศ

ข้อมูล Best practice นี้ถูกพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ด้วยความช่วยเหลือในการทบทวนจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

Ms. Prabha Ramritu, Queensland Centre for Evidence-based Nursing & Midwifery, Australia.
นอกจากนี้ ข้อมูล Best practice นี้ยังได้รับการทบทวนจากผู้ที่ถูกเสนอชื่อโดย International Joanna
Briggs Collaborating Centres.

เอกสารอ้างอิง

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews-the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php
2. The Joanna Briggs Institute. Identification and Management of Dysphagia in Children. *Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals*. 4(3):2000, 1-6.
3. Ramritu P, Finlayson K, Mitchell A and Croft G. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with neurological impairment. *The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 2000; **8**.
4. Skitberg LL, & Bantz DL. Management of children with swallowing disorders. *Journal of Pediatric Health care* 13. 1999; **13**(5): 223-229.
5. Rudolph CD & Thompson D. Feeding disorders in infants and children. *Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2002; **49**(1): 97-112.
6. Dusick A. Investigation and Management of Dysphagia. *Seminars in Pediatric Neurology*. 2003; **10**(4): 255-264.
7. Garg BP. Dysphagia in children: An overview. *Seminars in Pediatric Neurology*. 2003; **10**(4): 252-254.
8. Sheppard JJ & Fletcher KR. Evidence-based interventions for breast and bottle feeding in the neonatal intensive care unit. *Seminars in Speech and Language*. 2007; **28**(3): 204-212.
9. Bell HR & Alper BS. Assessment and intervention for dysphagia in infants and children: Beyond the neonatal intensive care unit. *Seminars in Speech and Language*. 2007; **28**(3): 213-222.
10. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; **3**(8): 207-215.