

Management for Dysphagia Patients

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โชคชัย เมธีไตรรัตน์

นางสาวเนตรา บัวกนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ภาวิณ เกษกุล

อาจารย์ นายแพทย์วรุฒม์ พงศาพิชญ์

อาจารย์ แพทย์หญิงสุนันท์ ่องอาจ

ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การกลืน (Swallowing or deglutition)

เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญอย่างหนึ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์จำเป็นต้องกินอาหารที่มีประโยชน์และได้ปริมาณเพียงพอ เพื่อให้เกิดเป็นพลังงานที่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต และกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีพ การกลืนเป็นขบวนการเบื้องต้นที่มีหน้าที่ส่งอาหารจากทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ ช่องปาก (oral cavity) คอหอย (pharynx) และหลอดอาหาร (esophagus) ไปยังทางเดินอาหารส่วนล่างที่เริ่มต้นจากกระเพาะอาหารเป็นต้นไป การกลืนที่ปกติจำเป็นต้องประกอบด้วยโครงสร้างอวัยวะดังกล่าวที่ปกติ และมีการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทที่ทำงานประสานต่อเนื่องกันเป็นอย่างดี

ในการกลืนนั้น เมื่ออาหารเข้าสู่ช่องปากแล้ว จะผ่านลงสู่คอหอยและหลอดอาหาร และผ่านต่อไปในกระเพาะอาหารและลำไส้ซึ่งจัดเป็นทางเดินอาหารส่วนล่างต่อไป สามารถแบ่งขั้นตอนของการกลืน ให้เข้าใจโดยง่ายเป็น ๓ ขั้นตอน

1. ขั้นตอนในช่องปาก (Oral phase)

เกิดขึ้นเมื่อใส่อาหารเข้าไปในช่องปาก ร่างกายจะทำการเตรียมส่วนของอาหารให้มีลักษณะเหมาะสมทั้งในด้านรูปร่าง ขนาด และความหนืดที่เหมาะสมเพื่อให้กลืนได้อย่างคล่องตัว ดังนั้นขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยอวัยวะหลายอย่างที่ทำงานร่วมกันได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ริมฝีปาก (lips) กระพุ้งแก้ม (buccal mucosa) กระดูขากรรไกร (upper and lower jaws) ฟัน (teeth) ต่อมน้ำลาย (salivary glands) ลิ้น (tongue) และเพดานปาก (palate)

ขั้นตอนในช่องปากนี้ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อหลายมัดซึ่งถูกควบคุมโดยเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5,7,9,10,11, และ 12 เมื่ออาหารมีขนาด รูปร่างและความหนืดที่เหมาะสมต่อการกลืนแล้ว เพดานปากจะยกตัวขึ้นไปปิดโพรงหลังจมูก (nasopharynx) ป้องกันไม่ให้อาหารรั่วผ่านขึ้นโพรงจมูกได้ ขณะเดียวกันกล้ามเนื้อโคนลิ้นจะหดตัวต่ำลงเพื่อเปิดคอหอย (pharynx) ให้กว้างขึ้น จากนั้นลิ้นส่วนหน้าจะทำหน้าที่กวาดอาหารให้ลงไปคอหอยต่อไป

2. ขั้นตอนในคอหอย (Pharyngeal phase)

ขั้นตอนของการกลืนในส่วนนี้ถูกควบคุมโดยสมองในส่วนก้านสมอง ในภาวะการณั้กลืนที่ปกติเมื่ออาหารผ่านจากช่องปากเข้าสู่คอหอย ระบบประสาทและกล้ามเนื้อในส่วนของคอหอยจะทำหน้าที่เป็นระบบที่ต่อเนื่องกันอย่างมีจังหวะ ซึ่งได้แก่การป้องกันไม่ให้อาหารไหลย้อนขึ้นไปในโพรงจมูก (nasal regurgitation) กล้ามเนื้อผนังคอหอยทำหน้าที่บีบตัวลักษณะคล้ายลูกสูบ (sequential peristalsis) เพื่อส่งผ่านอาหารจากคอหอยลงสู่หลอดอาหาร ในขณะที่กล้ามเนื้อจะถูกยกตัวและเคลื่อนมาข้างหน้าเพื่อเป็นการเปิดหูรูดด้านบนของหลอดอาหาร (upper esophageal sphincter) ให้กว้างขึ้น อาหารจะ得以ผ่านลงหลอดอาหารด้วยความสะดวก ในขณะที่กลืนอาหาร สมองจะระงับการทำงานของระบบทางเดินหายใจชั่วขณะหนึ่ง ส่งผลให้มีการปิดตัวของสายเสียง (vocal cords) ป้องกันไม่ให้ชิ้นส่วนของอาหารผ่านกล่องเสียงลงสู่หลอดลมได้ เมื่ออาหารลงสู่หลอดอาหารเรียบร้อยแล้ว กล่องเสียงจะกลับสู่ตำแหน่งเดิมพร้อมกับการเริ่มต้นทำงานใหม่ของระบบการหายใจ สายเสียงจะเปิดกว้างออกเพื่อให้อากาศเข้าสู่หลอดลมต่อไป

3. ขั้นตอนในหลอดอาหาร (Esophageal phase)

เมื่อหูรูดด้านบนของหลอดอาหาร (upper esophageal sphincter) เปิด อาหารผ่านลงหลอดอาหาร กล้ามเนื้อหลอดอาหารจะบีบตัวส่งผ่านอาหารลงไปในกระเพาะอาหาร ในขณะที่กล้ามเนื้อหูรูดจะหดตัวเพื่อป้องกันการย้อนกลับของอาหารขึ้นมายังคอหอยอีก

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia)

ภาวะกลืนลำบากเป็นปัญหาสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะกลืนลำบากสามารถจำแนกได้ในหลายรูปแบบ ได้แก่

1. จำแนกตามขั้นตอนของการกลืน (phase of swallowing) ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 2 ประเภท ได้แก่

- 1.1. กลืนลำบากจากขั้นตอนในช่องปากและคอหอย (oropharyngeal dysphagia)
- 1.2. กลืนลำบากจากขั้นตอนในหลอดอาหาร (esophageal dysphagia)

2. จำแนกตามลักษณะที่ตรวจพบ (characteristics) แบ่งย่อยเป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 2.1. อ่อนแรงไม่มีประสิทธิภาพ (weak or ineffective swallow)
- 2.2. ผิดทิศทาง (misdirected swallow) ได้แก่อาหารไหลย้อนขึ้นโพรงจมูก (nasal regurgitation) หรือเกิดการสำลักลงทางเดินหายใจ (aspiration) เป็นต้น
- 2.3. ใช้เวลามากกว่าปกติ (delayed swallow)

3. จำแนกตามสาเหตุ (causes) ซึ่งแบ่งเป็นสาเหตุหลักๆได้ 3 ประเภท ได้แก่

- 3.1. สาเหตุทางโครงสร้าง (structural causes) ได้แก่ ความผิดปกติทางกายวิภาค เนื้อเยื่อของทางเดินอาหารส่วนต้น การอักเสบ สิ่งแปลกปลอม หลังการผ่าตัด หรือฉายแสง เป็นต้น
- 3.2. สาเหตุทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular or functional causes) ได้แก่โรคหรือภาวะผิดปกติของสมอง เส้นประสาทสมอง เส้นประสาทส่วนปลาย

ส่วนเชื่อมของปลายประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular junction) และ/หรือ กล้ามเนื้อ เป็นต้น

- 3.3. สาเหตุทางจิตใจและสังคม (psychosocial causes) เช่น ภาวะเครียด โรคทางจิตเวช ต้องการลดน้ำหนัก ฯลฯ เป็นต้น

การสำลัก (Aspiration/coughing/choking)

การสำลัก คือ ภาวะการณที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก กล่าวคือมีสิ่งแปลกปลอมผ่านกล่องเสียงเข้าไปสู่หลอดลม ซึ่งสิ่งแปลกปลอมเหล่านั้นอาจจะเป็นอาหาร น้ำ หรือแม้แต่ น้ำลายตนเอง เมื่อมีสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้ผ่านลงไปสู่หลอดลม อาจทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อของทางเดินใจส่วนล่าง ซึ่งได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) ฝีในปอด (lung abscess) หรือในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอันตรายจนถึงขั้นระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (respiratory failure) จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ การสำลักเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยอัมพาต และผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งศีรษะและคอ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอัมพาตไม่ว่าจะเกิดจากเลือดออกในสมอง หรือสมองขาดเลือดก็ตามมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นปอดอักเสบติดเชื้อมากกว่าคนปกติถึง 6-7 เท่า และโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 3 เท่า ส่วนในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก กล่องเสียงและคอหอย จะพบว่ามีปัญหาสำลักได้ทั้งก่อนและหลังการรักษา และการรักษาไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดและ/หรือการฉายแสงก็ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการกลืนลำบากและการสำลักทั้งสิ้น

การกลืนลำบากในผู้ป่วยอัมพาต

ในผู้ป่วยอัมพาตนั้น การที่สมองไม่สามารถทำงานได้ปกติ จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการกลืนโดยตรง ต่อเส้นประสาทสมองซึ่งมีหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ทำให้ขั้นตอนของการกลืนไม่เป็นระบบระเบียบอย่างที่เราควรจะเป็น ผู้ป่วยอัมพาตจะมีอาการผิดปกติของระบบการกลืนได้ตั้งแต่ขั้นช่องปาก คอหอยและหลอดอาหาร โดยอาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดเนื้อสมองที่ถูกกระทบกระเทือน อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายตามขั้นตอนของการกลืน ดังนี้

ช่องปาก

ผู้ป่วยอัมพาตจะมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในช่องปาก อาหารและน้ำอาจมีการรั่วไหลออกนอกริมฝีปาก เนื่องจากกล้ามเนื้อริมฝีปากมีการอ่อนแรงไม่สามารถปิดได้สนิท ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวอาหารให้ละเอียดได้จากแรงบดเคี้ยวของขากรรไกรที่อ่อนแอลง กล้ามเนื้อลิ้นอ่อนแรงไม่สามารถคลุกเคล้าอาหาร หรือจัดรูปร่างและขนาดอาหารให้พอเหมาะต่อการกลืน ขณะที่กล้ามเนื้อเพดานปากทางด้านหลังของช่องปากไม่สามารถควบคุมอาหารให้อยู่ในช่องปากได้ อาหารบางส่วนอาจรั่วไหลลงไปในคอหอยก่อนเวลาอันสมควร ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักหรือไอก่อนจะกลืนอาหารด้วยซ้ำ

นอกจากนั้นการส่งผ่านของอาหารจากช่องปากลงสู่คอหอยต้องอาศัยความแข็งแรงและความสัมพันธ์ที่ดีของกล้ามเนื้อลิ้น เพดานปาก และโคนลิ้น เวลาที่ใช้ในการส่งผ่านของอาหารจากช่องปาก

ลงสู่คอหอยในผู้ป่วยอัมพาตจะนานกว่าปกติ นอกจากนั้นการที่กล้ามเนื้อเพดานปากอ่อนแรงส่งผลให้เพดานปากไม่สามารถปิดโพรงหลังจมูกในขณะที่กลืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีบางส่วนของอาหารรั่วผ่านขึ้นยังจมูกของผู้ป่วยได้

คอหอย

ดังที่กล่าวแล้วว่าร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยกลไกที่สลับซับซ้อน ในขณะที่กลืนอาหาร ระบบการหายใจจะหยุดทำงาน การสำลักในผู้ป่วยอัมพาตส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนการกลืนส่วนนี้ การที่กล้ามเนื้อผนังคอหอยไม่สามารถบีบตัวได้ปกติ ทำให้การส่งผ่านอาหารจากคอหอยส่งผ่านไปยังหลอดอาหารได้ช้าลง อีกทั้งกลองเสียงไม่สามารถยกตัวได้ในระดับที่เหมาะสม และสายเสียงไม่ปิดตัวเองได้สนิท ทำให้มีบางส่วนของอาหารไหลผ่านกลองเสียงลงไปหลอดลม เกิดการไอและสำลักขึ้น นอกจากนั้นแล้วในผู้ป่วยอัมพาต มักไม่สามารถกลืนอาหารคำหนึ่งๆ ได้หมดในครั้งเดียว ทำให้มีเศษอาหารค้างอยู่ที่บริเวณคอหอย เมื่อผู้ป่วยเริ่มการหายใจ สายเสียงมีการเปิดกว้าง ทำให้เศษอาหารที่เหลือค้างเหล่านั้นหลุดลงไปหลอดลมเกิดการสำลักและการไอได้เช่นกัน

หลอดอาหาร

การเป็นอัมพาตจะส่งผลให้หูรูดด้านบนของหลอดอาหารไม่สามารถเปิดกว้างได้ตามปกติ ทำให้อาหารส่งผ่านจากคอหอยลงสู่หลอดอาหารได้ลำบากขึ้น นอกจากนั้นยังส่งผลถึงการบีบตัวของกล้ามเนื้อหลอดอาหาร ทำให้อาหารส่งผ่านไปถึงกระเพาะอาหารได้ช้าลงด้วย

การกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ส่วนปัญหาการกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก็เช่นเดียวกับผู้ป่วยอัมพาตหรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ที่ความผิดปกติสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการกลืน แต่โดยมากแล้วมักเป็นความผิดปกติในขั้นตอนของช่องปากและคอหอย (oropharyngeal dysphagia) มากกว่าในขั้นตอนของหลอดอาหาร (esophageal dysphagia) โดยก่อนการรักษา อาการนำของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมาพบแพทย์ด้วยอาการกลืนลำบาก และ/หรือกลืนเจ็บอยู่แล้ว ผู้ป่วยบางรายน้ำหนักตัวลดลงอย่างมาก และเมื่อทำการรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัด แม้จะตัดเนื้อร้ายออกไป ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งก็อาจยังต้องเผชิญกับภาวะกลืนลำบากต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริเวณและปริมาณเนื้อเยื่อที่ถูกตัดออกไป ระบบกล้ามเนื้อและเส้นประสาทที่คงเหลืออยู่สามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพเพียงไหน ตลอดจนการซ่อมแซมทดแทนเนื้อเยื่อที่ถูกตัดออก (reconstruction) นั้นเพียงพอหรือไม่ เป็นต้น ส่วนการฉายแสงก็มีผลต่อการกลืน เป็นต้นว่าทำให้ปริมาณน้ำลายน้อยลง มีแผลเกิดขึ้นในช่องปาก หรือมีพังผืด (fibrosis) เกิดขึ้นที่กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อการบีบตัวของท่อทางเดินอาหาร

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาและสาเหตุของการป่วย ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ของมะเร็งศีรษะและคอ หรือ ผู้ป่วยอัมพาตเฉียบพลัน โดยเฉพาะถ้ำรอยโรคอยู่ที่ก้านสมองแล้ว ผู้ป่วยจะไม่สามารถ

กลืนอาหารได้ ถ้ากลืนอาหารก็จะเกิดการสำลักและการไออย่างรุนแรง ในผู้ป่วยเหล่านี้แม้แต่น้ำลายของตนเองก็ยังกลืนไม่ได้ น้ำลายติดที่ค้างอยู่ในคออาจไหลผ่านกล่องเสียงลงสู่หลอดลมก่อปัญหาให้เกิดการอักเสบติดเชื้อได้เช่นกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องงดให้อาหารทางปากก่อน การให้อาหารสามารถให้ทางสายยางผ่านจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric tube) หรือการเจาะใส่ท่อจากกระเพาะอาหารผ่านผนังหน้าท้อง (gastrostomy) ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและพลังงานที่เพียงพอจนกว่าสภาพร่างกายผู้ป่วยจะดีขึ้น นอกจากนั้นการดูแลทั่วไปก็เป็นสิ่งที่สำคัญ ได้แก่การหมั่นดูดน้ำลายและเสมหะ การจัดท่านอนให้หัวสูง (หนุนหมอนหรือใช้หัวเตียงให้สูงขึ้น) การทำกายภาพบำบัดเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยได้ไออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นตัว การฝึกกลืน (swallowing therapy) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา การกลืนที่มีประสิทธิภาพคือการกลืนที่ได้อาหารในปริมาณที่เหมาะสม ลักษณะของอาหารที่หลากหลาย และไม่มีการสำลักหรือการไอ เมื่อผู้ป่วยเริ่มฟื้นจากอาการป่วย ซึ่งหมายถึงระบบการไหลเวียนของเลือดในสมองดีขึ้น หรือระบบกล้ามเนื้อและประสาทมีการฟื้นตัวดีขึ้นในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจสมรรถภาพการกลืน ในปัจจุบันการตรวจหลักๆ มี 2 ประเภท คือ การตรวจการกลืนผ่านภาพทางรังสี (videofluoroscopy) และการตรวจการกลืนด้วยกล้องส่องผ่านทางจมูกและคอหอย (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing) ซึ่งในการตรวจทั้งสองประเภทต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางรังสีวิทยาและทางหู คอ จมูก ได้แก่แพทย์ พยาบาล นักอรรถบำบัด และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น ในการตรวจสมรรถภาพการกลืน แพทย์และทีมงานจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ซึ่งสามารถนำมาใช้ต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ โดยหลักการการดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. อาหาร

1.1 ความหนืดของอาหาร (consistency) ทั่วไปผู้ป่วยในระยะฟื้นตัว อาหารที่เหมาะสมต่อการกลืนควรมีความหนืดระดับหนึ่ง ไม่ควรเป็นของเหลวที่เดียว ตัวอย่างเช่น โจ๊กปั่น โยเกิร์ต ชุปซัน ขนมพวงวุ้น ตะโก้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามในขณะที่ทำการตรวจสมรรถภาพการกลืน แพทย์และทีมงานสามารถประเมินความหนืดของอาหารที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง สามารถแนะนำอาหารที่ผู้ป่วยสามารถกลืนได้ คล่องตัว และไม่เกิดการสำลัก

1.2 ขนาดของอาหารที่เหมาะสม (bolus size) ในการฝึกกลืน ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำถึงขนาดอาหารแต่ละคำที่เหมาะสม

2. ท่าสำหรับกลืนอาหาร (position) ท่าเบื้องต้นที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอัมพาตคือ ให้หันศีรษะไปทางข้างที่อ่อนแรงและก่อนการกลืนให้พยายามกดและเกร็งคางของตนเองเข้าสู่หน้าอก

3. การดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่การฝึกไอให้มีประสิทธิภาพ การดูแลอนามัยช่องปาก ตลอดจนการใช้ยารักษาอาการตามความเหมาะสม

4. การดูแลสภาพจิตใจ การให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และพยายามชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลืนได้ถ้ามีความตั้งใจฝึกและไม่ย่อท้อ

5. อื่นๆ เช่น การใช้ยา การกระตุ้นระบบกล้ามเนื้อและเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า (pharyngeal stimulation) ภายใบบำบัดเฉพาะส่วน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ซึ่งต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์และทีมงานที่เกี่ยวข้อง

การฟื้นฟูการกลืน

การฟื้นฟูการกลืน (Dysphagia rehabilitation) เป็นหัวใจสำคัญอีกสิ่งหนึ่งต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการกลืน เมื่อคนไข้ได้รับการประเมิน เพื่อหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว การวางแผนการรักษา เป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญ ในส่วนของการฟื้นฟูการกลืน ดังตารางที่ 1 การรักษาที่สามารถที่จะพิจารณาแบ่งออก ไปตามกลุ่มอาการของโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการกลืน แต่ในทางปฏิบัติแล้วการปรับเปลี่ยนพื้นฐานการทำงานของร่างกายที่มีผลต่อการกลืน รวมถึงลักษณะของอาหารที่รับประทานก็ส่งผลได้เช่นกัน

ตารางที่ 1 กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติจากการกลืนและผลกระทบที่เกิดขึ้น

กลุ่มคนไข้	ผลกระทบที่เกิดขึ้น
ผู้สูงอายุ	กลืนลำบาก มีกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอ่อนแอ ฟันร่วง และการผลิตน้ำลายลดลง
อัมพาต (stroke)	มีผลจากการทำหน้าที่ของระบบประสาทกล้ามเนื้อต่างๆ และสมองผิดปกติ
Multiple sclerosis หรือ Parkinson's disease มะเร็งช่องปาก กล้องเสียงและคอหอย	ผลกระทบจากระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อถูกทำลายจากรอยโรคและจากการรักษา
ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะและคอ	ระบบประสาทและกล้ามเนื้อถูกทำลาย
Chronic heartburn, internal burns จาก รับสารพิษหรือ radiotherapy	โครงสร้างของกล้ามเนื้อต่างๆ ในหลอดอาหารถูกทำลาย
คนไข้ที่มีการติดเชื้อ (laryngitis, tonsillitis, herpes) หรือกล้ามเนื้อหลอดอาหารหดเกร็ง	ปัญหาจากโครงสร้าง หลอดอาหารแคบ

การฟื้นฟูแบ่งออกได้ 2 ทาง คือ

1. การฟื้นฟูทางอ้อม (Indirect therapy)
2. การฟื้นฟูทางตรง (Direct therapy)

การฟื้นฟูทางอ้อม (Indirect therapy)

เป็นการฝึกโดยไม่ใช้อาหารหรือของเหลว แต่เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายที่มีส่วนสัมพันธ์กับการกลืน โดยการฝึกปรับเปลี่ยนการทำงานของร่างกาย

1. ถ้ากล้ามเนื้อที่มีส่วนช่วยในการกลืนเกิดภาวะอ่อนแอ เช่น ชากรรไกร ลิ้น มีภาวะอ่อนแอ ต้องมีการฝึกบริหารกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน

2. ผีกการหายใจให้ลึกมากขึ้นเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อและกล่องเสียงมีกำลังเพิ่มขึ้น ยังช่วยลดอาการเกร็งของร่างกาย
3. ห้ามรับประทานอาหารขณะที่อยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน อาจทำให้เกิด การไหลของน้ำหรืออาหารลงสู่ทางเดินหายใจได้ จนอาจเกิดภาวะปอดชื้นหรือปอดติดเชื้อ เวลาทานน้ำหรืออาหาร ใหญ่ต้องตั้งตรง
4. ถ้ากลืนอาหารแล้วติด ห้ามนอนลงกับพื้น ให้ยืนขึ้นแล้วยืดร่างกายส่วนบนและเดินรอบ ๆ ในช่วงเวลาสั้น ๆ อาจจะช่วยให้อาหารไหลลงท้องได้
5. ถ้าฟันปลอมหลวมจะต้องแก้ไขให้แน่นขึ้น
6. ห้ามรับประทานอาหารก่อนนอน 3 ชั่วโมง ถ้าอาหารติดในหลอดอาหารทั้งคืนอาจทำให้เกิดอาการไม่สบายตัวและอาจเกิดอาการเจ็บในคอ

การฟื้นฟูทางตรง (Direct therapy)

ฝึกโดยใช้อาหารหรือของเหลวในการกระตุ้นการฝึกกลืน

การปรับเปลี่ยนการกลืน

1. ตัดอาหารแล้วเคี้ยวอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ
2. ถ้าหากว่ามีการสูญเสียการรับกลิ่นและรสชาติอาหาร จนทำให้น้ำลายผลิตออกมาไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้เกิดอาการไม่อยากกินอาหาร ซึ่งอาจแก้ไขด้วยการปรับเปลี่ยนด้วยการตกแต่งอาหารให้หลากหลายสี
3. ใช้เครื่องตีหมากสีสนเพื่อช่วยกระตุ้นให้กลืนอาหารผ่านลงไปได้
4. ต้องมีเวลาที่เพียงพอในการรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งรีบเกินไป
5. หลีกเลี่ยงการใช้ฟันกัดชิ้นขณะที่ป้อนอาหาร เพื่อป้องกันปฏิกิริยาการกลืนอัตโนมัติ
6. รับประทานอาหารในสถานที่ที่สงบและเงียบ ไม่มีแรงกดดันจากการยืนมองจากคนรอบข้าง
7. คนไข้ต้องอยู่ในท่าตั้งตรงหลังจากที่กลืนอาหารไปครั้งแรกแล้ว ประมาณ 20 นาที เพื่อให้แน่ใจว่าในช่องปากไม่มีอาหารอยู่ในปากและในติดในหลอดอาหาร เพื่อป้องกันการกลืนซ้ำอย่างรวดเร็ว ถ้าหากว่านำอาหารให้คนไข้รอบต่อไป

การปรับเปลี่ยนอาหาร

ถ้ามีปัญหาในส่วนของหลอดอาหารส่วนล่าง กลืนแล้วไม่ไหลผ่านลงได้ง่าย ควรจะมีการปรับเปลี่ยนอาหารให้หนึ่มและเหลวขึ้น แต่ก็ต้องระวังในการเกิด

1. การไหลลงของอาหารที่เร็วเกินไป ยากต่อการควบคุม ทำให้ไหลลงสู่ทางเดินหายใจและปอดได้ การที่อาหารมีความหนืดทำให้เกิดการรับรู้ได้ง่ายขณะกลืน
2. อาหารที่มีรสเปรี้ยวทำให้การกลืนมีปฏิกิริยาที่เป็นอัตโนมัติ ยากต่อการควบคุม
3. อาหารที่ตกแต่งให้ดูน่ารับประทานจะเป็นตัวกระตุ้นความอยากรับประทานอาหาร จนทำให้รีบร้อนที่อยากจะรับประทานอาหารเร็วเกินไป

4. อาหารที่แข็งควรปรับเปลี่ยนให้ชิ้นหรือหั่นชิ้นแต่ก็ต้องลดการเคี้ยวให้น้อยลงและต้องใช้แรงไม่มากในการดันหรือกลืนให้ลงไปยังหลอดอาหาร

การเตรียมอาหารและชนิดของอาหาร ในการฝึกกลืนมีความสัมพันธ์กันอย่างมากเหมือนกับการเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และยังรวมถึงการทำงานที่เหมาะสมและถูกต้องของกล่องเสียงขณะที่มีการกลืน

เอกสารอ้างอิง

1. Shipley KG, McAfee JG. Assessment in speech-language pathology. 3rded. Delmar learning: USA, 2004, 390-406
2. Crary MA, Groher ME. Introduction to adult swallowing disorders. Elsevier Science, USA, 2003.
3. Palmer JB, Drennan JC, Baba M. Evaluation and treatment of swallowing impairments. AAFP 2000; April;15.
4. Burkhead LM, Sapienza CM, Rosenbek JC. Strength-training exercise in dysphagia rehabilitation: Principle, procedures, and directions for future research. Dysphagia 2007;22 :251-265
5. Logemann JA. The role of exercise programs for dysphagia patients. Dysphagia 2005;20:139-140.
6. Johnson AF, Jacobson BH. Medical speech-language pathology a practitioner's guide. Thieme: New York, 1998.
7. McKinstry A, Tranter M, Sweeney J. Outcomes of dysphagia intervention in a pulmonary rehabilitation program. Dysphagia 2010;25:104-11.
8. Speyer R, Baijens L, Heijnen M, Zwijnenberg I. Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech-language therapist: a systematic review. Dysphagia 2010;25:40-6.