



การฝึกพูดสำหรับ...

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัญหาด้านการพูด

ความรู้สำหรับประชาชน

ร.ศ. น.พ. จันทชัย เจริญประเสริฐ

- พ.บ. ศศ.ม. (ความผิดปกติของการสื่อความหมาย)
- วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ (ประสาทวิทยา)
- MSc in Audiological Medicine (UCL, London, UK)
- หน่วยโสตสัมผัสวิทยา และแก้ไขการพูด
ภาควิชาโสต คอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ก. ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการควบคุมการพูด ความเข้าใจภาษา ความคิด จินตนาการ และความสามารถสำคัญอื่นๆ อาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านภาษาและการพูด บางรายอาจมีความรุนแรงจนพูดไม่ได้ หรือฟังคำพูดไม่เข้าใจ หรือทั้งสองลักษณะรวมกัน รายที่มีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยอาจมีเพียงการพูดไม่ชัด หรือการนึกคำพูดลำบาก แม้จะเป็นคำพูดที่ซับซ้อน ดังนั้นปัญหาด้านภาษาและการพูดที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย อาจพบได้ราวร้อยละ 4 - 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจากภาวะเฉียบพลันทั้งหมด

ความผิดปกติของระบบประสาท ทั้งระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย หรือทั้งสองระบบ จะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของการสื่อความหมายที่มีลักษณะ และความรุนแรงแตกต่างกันได้หลายชนิด ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลายไป และสาเหตุของความผิดปกตินั้น

ในการซักประวัติโดยการพูดคุย ถามตอบและทดสอบข้างเตียงง่ายๆ ร่วมกับการตรวจร่างกายทางระบบประสาทโดยประสาทอายุรแพทย์ อาจสามารถบอกตำแหน่งรอยโรคหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติได้ ซึ่งสามารถยืนยันได้จากการดูภาพถ่ายรังสีของสมอง (CT หรือ MRI scan) อย่างไรก็ตาม ตำแหน่งและขนาด

ของรอยโรคในสมองที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดลักษณะความผิดปกติที่แตกต่างกัน ทั้งชนิดและความรุนแรง อีกทั้งความสามารถของผู้ป่วยอาจแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน นั่นคือตำแหน่งสมองที่ถูกทำลายไปเท่ากันในผู้ป่วยคนละคน อาจทำให้ความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ในคนทั้งสองผิดปกติไปไม่เท่ากันได้ เช่นผู้ป่วยที่มีความถนัดมือซ้าย และขวาต่างกัน หรือการศึกษา และความชำนาญที่ต่างกัน ดังนั้นลำพังภาพถ่ายรังสีจะไม่สามารถคาดเดาได้ว่า ผู้ป่วยมีความสามารถอะไรที่เหลืออยู่บ้าง ซึ่งความสามารถทางภาษาและการพูดของผู้ป่วยสามารถประเมินได้ทางคลินิก โดยการพูดคุย ถามตอบ และทดสอบด้วย**แบบทดสอบมาตรฐานโดยนักแก้ไขการพูดที่เชี่ยวชาญ** เพื่อจะได้แยกลักษณะความผิดปกติด้านภาษาและการพูดออกจากกัน ให้ได้ชนิดที่ถูกต้อง ซึ่งในผู้ป่วยคนหนึ่งอาจพบความผิดปกติหลายอย่างร่วมกันได้ และสามารถประเมินระดับความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการรักษา ติดตามผล และพยากรณ์โรคได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทอื่นร่วมด้วยหรือไม่ อาจมีอาการผิดปกติด้านการสื่อความหมายได้ ผู้ป่วยอาจมีอัมพาตร่างกายซีกใด ซีกหนึ่ง หรือไม่มีก็ได้ และผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการแตกต่างกัน ทั้งลักษณะและความรุนแรง แม้ว่าจะมีความผิดปกติของภาษาและการพูดในกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นในการประเมินและฝึก

แก้ไขการพูดจะต้องวางแผนกระทำเป็นรายๆ ไป ซึ่งจะต้องทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยตัวผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือด้วย จึงจะได้ผลสัมฤทธิ์ที่ดี

ผู้ป่วยที่ได้รับภัยอันตราย หรือมีพยาธิสภาพในสมอง จากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะสูญเสียหน้าที่การทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย อันได้แก่ การเคลื่อนไหว แขน และขา การรับสัมผัส การพูด การกลืน หรือลานสายตา แล้ว ผู้ป่วยอาจประสบปัญหาด้านการปรับตัว หรือทางด้านจิตใจอันได้แก่ การขาดสมาธิ มีพฤติกรรมทำอะไรซ้ำๆ ความสนใจในตนเองลดลง มีอาการตื่น เครียดง่าย ระวังอารมณ์ตนเองไม่ได้ อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า ไม่ยอมรับความพิการของตนเอง ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะมีผลต่อการฝึกแก้ไขการพูด รวมทั้งการฝึกด้านกายภาพทั้งหมดเช่นกัน

ผลกระทบของปัญหาความผิดปกติของการสื่อความหมายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นกับระดับความรุนแรง และความสามารถของผู้ป่วยที่มีอยู่เดิม ผลกระทบอาจมีต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง และในทางอ้อมจะกระทบต่อบทบาทในครอบครัว สังคม และประเทศชาติด้วย ผู้ป่วยจะไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลใกล้ชิดได้อย่างที่ต้องการ อาจสื่อสารผิด หรือทำได้ด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถอธิบายความต้องการ ความรู้สึก หรือรับรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวด้วยภาษาพูดหรือภาษาเขียน อาจเข้าใจภาษากายง่าย ๆ เช่น การยิ้ม พยักหน้า สายหน้า การชี้ เป็นต้น ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่ผิดปกติในการสื่อความหมาย (Mal-adaptive behavior) เช่น อาการกราดเกรี้ยว การสายศีรชะอย่างไร้ความหมาย หรือการนิ่งเฉย ซึ่งจะทำให้การสื่อความหมายถูกจำกัด

ในด้านสังคมนอกจากมีความบกพร่องในหน้าที่การงานแล้ว การรับรู้ข่าวคราวในสังคม หรือการตอบสนองต่อสังคมก็เกิดปัญหาได้ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นพลเมืองที่ด้อยคุณภาพของประเทศ และอาจต้องเป็นภาระให้แก่สังคมต่อไปในภายภาคหน้า

ข. บทบาท - หน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญ

ความผิดปกติของการสื่อความหมายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประเภท ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนและในบุคคลหนึ่งอาจเกิดความผิดปกติของการสื่อความหมายหลายอย่างรวมกันหรือเกิดร่วมกับความผิดปกติอื่น ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องมีวิชาความรู้ที่เฉพาะและลึกซึ้ง เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ต้องมีการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบให้ได้ความรู้ความชำนาญที่เพียงพอในการทำงานในคลินิก

บทบาทและหน้าที่ของนักแก้ไขการพูด (Speech-language pathologist)

1. เน้นในด้านการประเมินวินิจฉัยภาวะผิดปกติด้านภาษาและการพูด และปัญหาอื่นที่เกิดร่วม เพื่อบ่งบอกพยาธิสภาพทางภาษาและการพูด และการพยากรณ์โรค
2. วางแผนให้การดูแลรักษาและจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความผิดปกติด้านภาษา การพูด เสียงพูดและการกลืนที่ผิดปกติ ตามลำดับขั้นของความสามารถของผู้ป่วย
3. กระตุ้นให้เกิดรูปแบบการสื่อความหมายที่ถูกต้องเหมาะสม กระตุ้นไม่ให้เกิดการพูดถูกระงับ โดยการเร่งและกระตุ้นอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะใช้วิธีใด หรือตัวกระตุ้นใดก็ตาม รวมทั้งการให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย กระตุ้นให้เกิดการสื่อความหมายที่มีประโยชน์ในครอบครัว
4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติในการสื่อความหมาย (Mal-adaptive behavior) ซึ่งผู้ป่วยมักจะใช้ทำทางอื่นในการสื่อความหมาย เช่น การพยายามพูดตามด้วยอารมณ์ (frustrated groping) หรือหลีกเลี่ยงการสื่อความหมาย โดยพยายามป้องกันอาการทางจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเขา คอยให้คำแนะนำแก่ญาติและเพื่อนของผู้ป่วยให้เขามีสิ่งแวดล้อมที่ดี ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อเขามีอาการพูดติดขัดขณะที่โรคกำลังฟื้นตัว

5. เร่งเข้าให้การสื่อความหมายกลับคืนให้มากที่สุด และเร็วที่สุดเท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะกระทำได้ โดยการจัดระบบการสื่อความหมายใหม่ (reorganization) ไม่ว่าจะเป็นการสื่อความหมายด้วยการพูด หรือการสื่อความหมายรวม คือใช้การเขียน หรือทำทางประกอบในการพูด

การมีผู้เชี่ยวชาญดูแลเป็นความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่จะหาบุคลากรที่มีความสามารถให้ความรู้ในด้าน การป้องกัน สามารถตรวจวินิจฉัยแยกชนิดของความผิดปกติของ ภาษาและการพูด และวางแผนให้การบำบัดฟื้นฟูความผิดปกติดังกล่าวได้อย่างครบถ้วน

ค. การจำแนกความผิดปกติของการสื่อความหมายที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท

ความผิดปกติด้านการสื่อความหมายที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความผิดปกติด้านภาษา และความผิดปกติด้านการควบคุมการพูด

ความผิดปกติด้านภาษาที่เกิดจากรอยโรคในสมอง หรือภาวะเสียการสื่อความ* หรือที่เรียกว่า อะเฟเซีย (Aphasia) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ความผิดปกติในการเข้าใจภาษา และความผิดปกติในการใช้ภาษา สามารถแบ่งได้เป็น 8 ชนิดย่อย*

ความผิดปกติด้านการควบคุมการพูดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง หรือระบบประสาทส่วนปลาย (Motor speech disorders) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ (Dysarthria) หรืออาการพูดไม่เป็นความ* ซึ่ง แบ่งได้เป็น 5 ชนิดย่อย* และการควบคุมโปรแกรมการพูดผิดปกติ (Apraxia of Speech) หรือภาวะเสียการรู้ ปฏิบัติด้านการพูด* โดยแต่ละชนิดมีลักษณะความผิดปกติที่สามารถแยกกันทางคลินิกได้ อีกทั้งมีความสัมพันธ์ทางกายวิภาคในสมองหรือระบบประสาทส่วนปลาย และบ่งบอกพยากรณ์โรคได้

ลักษณะความผิดปกติของการสื่อความหมายที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท

1. อะเฟเซีย (aphasia) หรือ ภาวะเสียการสื่อความ หมายถึงความผิดปกติทางภาษาที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท โดยมีพยาธิสภาพในสมอง ผู้ป่วยต้องไม่มีความผิดปกติของระบบรับสัมผัส เช่น ตาบอด หูหนวก และต้องไม่มีความผิดปกติในการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น เป็นอัมพาต (paresis) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ (abnormal tone) หรือ การทำงานของกล้ามเนื้อที่ไม่ประสานกัน (incoordination) แต่อย่างใด อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยอะเฟเซีย อาจพบความผิดปกติของระบบประสาทรับสัมผัสและการควบคุมกล้ามเนื้อผิดปกติร่วมด้วยได้

ลักษณะของภาวะเสียการสื่อความ จะมีความผิดปกติของความเข้าใจ การสร้าง และการใช้ภาษามักมีความผิดปกติในความสามารถทางภาษาทุกด้าน คือ ความผิดปกติในการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน โดยอาจมีความรุนแรงในแต่ละทักษะไม่เท่ากัน

ผู้ป่วยอาจมีความลำบากในการฟังเข้าใจ คำพูด วลี และประโยค ผู้ป่วยอาจมีความลำบากในการนึกหาคำศัพท์ (word finding difficulty) คำพูดที่ถูกต้อง เช่น ชื่อคน สถานที่ สิ่งของ ทำให้พูดผิด หรือใช้คำอื่นมาแทนที่ (paraphasia) อาจเป็นคำหรือเสียงใหม่ในภาษา (neologism)

ผู้ป่วยอาจมีความลำบากในการจำคำพูด (auditory memory) ทำให้ไม่สามารถเข้าใจคำพูด และการตอบสนองอาจผิดพลาดได้ มีความผิดปกติของไวยากรณ์ในภาษา ทำให้การเรียงลำดับ การจัดรูปประโยคผิดได้ (sequencing) ทำให้การสื่อความหมายผิดไป หรือพูดคำที่ไม่มีมีความหมายเลย (nonsense speech) มีความผิดปกติในการใช้ภาษา ทั้งภาษาพูด และภาษาเขียน พูดลำบาก พูดได้ช้า พูดเป็นประโยคสั้น ๆ เป็นภาษาโทรเลข

ภาวะเสียการสื่อความอาจเกิดจากพยาธิ - สภาพ เพียงตำแหน่งเดียวหรือมากกว่าของสมองซีกที่เด่น ซึ่งร้อยละ 95 ของคนที่ถนัดมือขวาจะมีสมองซีกซ้ายเด่น และกว่าร้อยละ 60 ของคนที่ถนัดมือซ้ายก็ยังคงมีสมองซีกซ้ายเด่นเช่นกัน

* ราชบัณฑิตยสถาน

เนื่องจากตำแหน่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่างกัน ทำให้อาการและอาการแสดงต่างกัน จึงทำให้สามารถแยกภาวะเสียการสื่อความเป็นชนิดหลัก (major aphasic syndromes) ได้ 8 ชนิด ตามตารางที่ 1 ซึ่งแต่ละชนิดจะมีแนวทางในการฝึกแตกต่างกัน และมีพยาธิกรณโรคที่แตกต่างกันด้วย นอกจากนี้ยังมีภาวะเสียการสื่อความแบบอื่น ซึ่งอาจพบความผิดปกติของทักษะทางภาษาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น อ่านหนังสือไม่ออก หรือ เขียนหนังสือไม่ได้ เพียงอย่างเดียว

2.1 การควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ (Dysarthria) หรืออาการพูดไม่เป็นความ* เป็นกลุ่มความผิดปกติของการพูดหรือพูดไม่ชัด เกิดจากความผิดปกติในการควบคุมกล้ามเนื้อที่ช่วยในกลไกการพูด เนื่องจากมีอาการอ่อนแรง อัมพาตของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวที่ช้าไม่ประสานกัน และ/หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ อาจพบความผิดปกติในกลไกการพูดอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างปนกัน ในรายที่เป็นน้อยอาจมีเพียงเสียงแหบเล็กน้อย พูดไม่ชัด เสียงขึ้นจมูก และหายใจลำบากเล็กน้อย

ตารางที่ 1 แสดงภาวะเสียการสื่อความชนิดหลัก 8 ชนิด (major aphasic syndromes) แยกตามตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง และลักษณะการพูดที่ผิดปกติ

ชนิด	การพูดคล่อง	ความเข้าใจภาษา	การพูดตาม	การนึกคำพูด
กลุ่มพูดไม่คล่อง				
Broca	ไม่คล่อง	ทำได้ดี	ทำได้ไม่ดี	พอใช้
Transcortical motor	ไม่คล่อง	ทำได้ดี	ทำได้ดี	พอใช้
Global	ไม่คล่อง	ทำได้ไม่ดี	ทำได้ไม่ดี	พอใช้
Transcortical mixed	ไม่คล่อง	ทำได้ไม่ดี	ทำได้ดี	พอใช้
กลุ่มพูดคล่อง				
Wernicke	คล่อง	ทำได้ไม่ดี	ทำได้ไม่ดี	พอใช้
Transcortical sensory	คล่อง	ทำได้ไม่ดี	ทำได้ดี	พอใช้
Conductive	คล่อง	ทำได้ดี	ทำได้ไม่ดี	พอใช้
Nominal	คล่อง	ทำได้ดี	ทำได้ดี	ทำได้ไม่ดี

2. ความผิดปกติของระบบประสาทควบคุมการพูด

(Motor Speech Disorders)

ความผิดปกติด้านการควบคุมการพูดที่เกิดจากรอยโรคในสมอง หรือระบบประสาทส่วนปลาย (Motor speech disorders) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ (Dysarthria) หรืออาการพูดไม่เป็นความ* ซึ่งแบ่งได้ เป็น 6 ชนิดย่อย* และการควบคุมโปรแกรมการพูด ผิดปกติ (Apraxia of Speech) หรือภาวะเสียการรู้ ปฏิบัติด้านการพูด* โดยแต่ละชนิด มีความผิดปกติที่สามารถแยกกันทางคลินิกได้ อีกทั้งมีความสัมพันธ์ทางกายวิภาคในสมอง หรือระบบประสาทส่วนปลายด้วย

ลักษณะที่ต่างกันอย่างเด่นชัดคือ ภาวะพูดไม่ เป็นความ จะมีการพูดไม่ชัดที่แน่นอนและสม่ำเสมอ ในการวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะพูดไม่ เป็นความ ต้องไม่มีความผิดปกติของภาษา แต่อาจพบร่วมกับภาวะเสีย การสื่อความได้เช่นกัน

เราสามารถแบ่งภาวะพูดไม่ เป็นความ เป็น 6 ชนิด ตามตำแหน่งพยาธิสภาพและลักษณะการพูด ได้แก่

- 2.1.1 ภาวะพูดไม่ เป็นความแบบอ่อนแรง (Flaccid dysarthria)
- 2.1.2 ภาวะพูดไม่ เป็นความแบบแข็งเกร็ง (Spastic dysarthria)

* ราชบัณฑิตยสถาน

- 2.1.3 ภาวะพูดไม่เป็นความแบบยานคาง (Ataxic dysarthria หรือ Scanning speech)
- 2.1.4 ภาวะพูดไม่เป็นความแบบเคลื่อนไหวน้อย (Hypokinetic dysarthria)
- 2.1.5 ภาวะพูดไม่เป็นความแบบเคลื่อนไหวมาก (Hyperkinetic dysarthria)
- 2.1.6 ภาวะพูดไม่เป็นความแบบผสม (Mixed dysarthria)

ภาวะพูดไม่เป็นความแต่ละชนิดจะมีลักษณะแตกต่างกัน และในแต่ละชนิดก็มีระดับความรุนแรงหลายระดับ ซึ่งนักแก้ไขการพูดจะต้องทำการทดสอบประเมินแยกชนิด และระดับความรุนแรง เพื่อวางแผนการฝึก เนื่องจากเทคนิควิธีการฝึกแตกต่างกัน และพยากรณ์โรคก็แตกต่างกันไปเช่นเดียวกับภาวะเสียการสื่อความ

2.2 การควบคุมโปรแกรมการพูดผิดปกติ (Apraxia of Speech) หรือภาวะเสียการปฏิบัติด้านการพูด มีลักษณะที่เด่นชัด คือ เป็นการพูดไม่ชัดที่เกิดจากความผิดปกติในโปรแกรมการพูด (motor programming, planning and/or execution) การควบคุมกล้ามเนื้อที่ช่วยในการพูดต้องทำงานประสานกันตามลำดับ โดยที่ระบบประสาทที่ควบคุมการทำงาน โดยทั่วไปของกล้ามเนื้อปกติ ประสาทการรับรู้ ทั้งการฟัง การมองเห็นและการสัมผัสต้องปกติด้วย

ผู้ป่วยจะพยายามจัดรูปปาก (groping) เพื่อพยายามจัดฐานกรณ์ (placement) ในการพูดที่ถูกต้อง เช่น พยายามจะปิดปากให้สนิท หรือวางลิ้นให้ถูกต้อง หรืออ้าปากให้เท่าที่ต้องการ และแม้แต่การสั้นของสายเสียง เพื่อให้ได้เสียงพูดที่ถูกต้องตามลำดับลักษณะเช่นนี้จะทำให้สังเกตเห็น อาการติดขัดของการเคลื่อนไหวของอวัยวะในช่องปากและใบหน้า (oral-facial struggle) ได้ชัดเจน ขณะพูดแล้วติด พูดไม่คล่อง จังหวะผิดปกติ มีการหยุด ไซ่สำเนียงผิดปกติ เสียงพูดจะคล้ายภาษาต่างประเทศ (foreign accent) ทำให้เสียงเพี้ยน (distortion) แบบไม่แน่นอน ประโยคที่ยาว

ขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น จะพูดผิดมากขึ้น การฝึกให้พูดซ้ำ ๆ จะทำให้พูดได้ดีขึ้น จังหวะและระดับ เสียงสูง - ต่ำ จะผิดปกติ จะมีการพูดสะดุด ติดขัด

ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่า การพูดของตนเองนั้น ผิดปกติ แต่แก้ไขเองไม่ได้ คำพูดที่ซับซ้อน หรือการพูดที่เป็นอัตโนมัติ (automatic speech) จะพูดได้ดีกว่า การพูดแบบตั้งใจ (volitional purposeful speech)

ผู้ป่วยอาจมีภาวะเสียการปฏิบัติในการควบคุมอวัยวะในช่องปาก (oral apraxia) รวมด้วย จะมีความลำบากในการทำงานที่ไม่ต้องใช้คำพูดอย่างตั้งใจ (volitional non speech tasks) เช่น การแลบลิ้น ห่อ-เหยียดริมฝีปาก ป้อนแก้ม เป็นต้น แต่การเคลื่อนไหวที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reflexive or vegetative task) เช่น การกลืน การเคี้ยวอาหาร ยิ้มยิ้ฟัน จะทำได้ดี

ในรายที่เป็นรุนแรง การพูดจะฟังไม่เข้าใจมากขึ้น หรือผู้ป่วยอาจพูดไม่ได้เลย (mute or aphonic) ในกรณีวินิจฉัยภาวะเสียการปฏิบัติด้านการพูด ผู้ป่วยต้องเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้ตามปกติ ทำงานประสานงานกันได้ดี ต้องไม่มีอาการอ่อนแรง หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ ต้องไม่มีความผิดปกติของภาษา การฟังเข้าใจภาษา การเขียนและการอ่านยังทำได้ค่อนข้างดี และไม่ได้เกิดจากความไม่ร่วมมือ การขาดแรงจูงใจในการพูด แต่ภาวะเสียการปฏิบัติด้านการพูด อาจเกิดร่วมกับ ภาวะเสียการสื่อความ และ/หรืออาการพูดไม่เป็นความได้ ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยทำได้ลำบากมากขึ้น

การวินิจฉัยแยกจากภาวะเสียการปฏิบัติด้านการพูด โดยดูได้จากตารางที่ 2

ง. หลักในการสืบค้นความผิดปกติ และการดูแลรักษา

1. **การซักประวัติ** เพื่อให้ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น ให้มากที่สุดตามความเหมาะสม เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา หรือส่งต่อผู้ป่วยตามตารางที่ 3
2. **การตรวจคัดกรอง** โดยการพูดคุย ถาม - ตอบ และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหา

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะแตกต่างระหว่าง ภาวะเสียการรับรู้ด้านการพูด และอาการพูดไม่เป็นความ ในการวินิจฉัยแยกโรค

	ภาวะเสียการรับรู้ด้านการพูด	อาการพูดไม่เป็นความ
1. การเคลื่อนไหว ลิ้น ริมฝีปาก เพดานอ่อน	ปกติ อาจมีภาวะเสียการรับรู้ในการ ตั้งใจเคลื่อนไหวแบบไม่ใช่คำพูด แต่ ปฏิกริยาตอบสนองปกติ	มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ > 1 ตำแหน่ง และผิดปกติทั้งในการเคลื่อนไหว แบบตั้งใจและเคลื่อนไหวแบบปฏิกริยาตอบสนอง
2. ความผิดปกติทาง ระบบประสาท	การเคลื่อนไหวที่ละเอียดอ่อน การ ประสานงานของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว แขนขา การเดิน	พบสมองพิการได้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวลำบาก
3. พยาธิสภาพ	ศูนย์ควบคุมการพูดในสมองซีกเด่น (Broca's area)	ระบบประสาทส่วนกลาง หรือปลาย
4. พัฒนาการพูด	ปกติ หรือ อาจล่าช้าได้	มักจะล่าช้า
5. การเปล่งเสียง	ปกติ	การทำงานของกล้ามเนื้ออาจไม่ประสานกัน การแปรเสียง และ/หรือการหายใจผิดปกติ เสียงผิดปกติ แหบ มีลมแทรก ความดัง และโทนเสียงมีระดับเดียว
6. การฟังและพูดตาม	การฟังแยกเสียงปกติ แต่การฟังอย่าง เดียวไม่พอ ต้องใช้สายตาช่วย จะพูดได้ ดีกว่า เช่น ดูปาก ดูตัวหนังสือ รวบรวม	การฟังแยกเสียงปกติ แต่พูดได้เท่าที่ กล้ามเนื้อจะทำได้
7. อัตราเร็วการออกเสียง สลับกัน อย่างรวดเร็ว	ช้ากว่าปกติ ออกเสียง /ป, ต, ก/สลับ กันได้เร็ว แต่อาจไม่เรียงลำดับ	ไม่แน่นอน มักช้ากว่าปกติ มักเรียงได้ตาม ลำดับ การเคลื่อนไหวจำกัด
8. ลักษณะความผิดปกติ	แตกต่างกันไป เมื่อพูดเองกับพูดตาม	มีความผิดปกติทั้งในการพูด ทั้งขณะพูดเอง และพูดตาม
9. การแปรเสียง	ผิดปกติไม่แน่นอน มักแทนเสียงหรือ ผิดปกติแบบอื่น	ผิดปกติแน่นอน ลักษณะของเสียงหรือ แทนด้วยเสียงอื่น
10. ชันท์ลักษณะ	ปรับตัวด้วยการลดความเร็วในการพูดหรือ ลากเน้นเสียง	อาจช้าหรือเร็วขึ้นกับชนิดของความผิดปกติ ไม่มีการพูดเน้นเสียง
11. พยายามจัดรูปปาก แบบลองผิด ลองถูก (Groping)	พบในเด็กโต และเด็กที่ได้รับการฝึกพูด มาแล้ว	

ความจำเป็นที่ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการฝึกแก้ไขการพูด ซึ่งจะต้องทำการประเมินต่อไปโดยละเอียด

3. การประเมิน โดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน เพื่อ วินิจฉัยแยกภาวะความผิดปกติด้านภาษาและ การพูด และค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะ ความผิดปกติที่เกิดขึ้น

4. การให้คำแนะนำแก่ญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจอาการ และพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย หลักการดูแล ผู้ป่วยในด้านการสื่อความหมายระหว่างกัน ในครอบครัว และการฝึกฝนการแก้ไขการพูดเอง ที่บ้าน เพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

จ. การฟื้นฟูสมรรถภาพ - การแก้ไขการพูด

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการผิดปกติด้านภาษาและการพูด อาการผิดปกติต่าง ๆ ทางระบบประสาทจะมีการฟื้นตัวได้เอง (Spontaneous recovery) ในระยะ 6 เดือนแรก หลังอาการป่วย อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าจะเลยระยะฟื้นตัวไปแล้ว ผู้ป่วยบางรายเมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอาจไม่พบความผิดปกติหลงเหลือในผู้ป่วยกลุ่มนี้การแก้ไขการพูดอาจไม่จำเป็น ในบางรายที่พบความผิดปกติหลงเหลือ (Residual abnormality) ภายหลังจากการรักษาอาจต้องพบนักแก้ไขการพูด

ตาราง 3 แสดงข้อมูลที่สำคัญที่ผู้เชี่ยวชาญจะต้อง ค้นหาจากการซักประวัติ และทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการแพทย์	ข้อมูลทั่วไป
สาเหตุการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ระยะเวลาความผิดปกติที่เกิดขึ้น	ชื่อ ที่อยู่ เชื้อชาติ ภาษา
ปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญที่เป็นอยู่	สภาพสมรส (ก่อนหน้า และขณะนี้)
การวินิจฉัยโรค	อาชีพ การงาน (ก่อนหน้า และขณะนี้)
ตำแหน่งพยาธิสภาพ	ระดับการจ้างงานสูงสุด
ระดับความรู้สติ	ระดับการศึกษาสูงสุด
การมองเห็น การได้ยิน ระบบรับสัมผัส	สติปัญญาก่อนหน้านี้
ระบบตอบสนองอัตโนมัติ	ความสามารถทางภาษาก่อนหน้านี้
อาการแสดงของระบบประสาทส่วนก้านสมอง	ความสามารถในการสื่อความหมายก่อนหน้านี้
การทำงานของแขน และขา ระบบกล้ามเนื้อ	มือข้างที่ถนัด (ก่อนหน้า และขณะนี้)
การเดิน การทรงตัว	สิ่งแวดล้อม (ก่อนหน้า และขณะนี้)
ปัญหาด้านภาษาและการพูด จากการวินิจฉัยของประสาทแพทย์	การให้ความร่วมมือ (ก่อนหน้า และขณะนี้)
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	แรงจูงใจ และกำลังใจ (ก่อนหน้า และขณะนี้)
การรักษา ยาที่ได้รับ	ความร่วมมือของบุคคลในครอบครัวรอบข้าง
	ความผิดปกติด้านภาษาและการพูดก่อนหน้านี้

ตาราง 4 แสดงขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วย
- ระดับความรู้สติ การรับรู้สิ่งแวดล้อม และข้อมูลทั่วไป
- ระดับสติปัญญา ที่วัดโดยใช้คำพูด
- ความสามารถทางภาษาทั่วไป และที่ใช้งานได้
- ระบบประสาทควบคุม กลไกการพูด อวัยวะในช่องปาก
- ความสามารถในการฟังเข้าใจภาษา คำสั่งหลายขั้นตอน
- ความคล่องในการพูด การอ่าน การเขียน การวาดรูป

ตั้งแต่ในระยะแรก ให้ทำการประเมิน-ทดสอบความสามารถทางภาษาและการพูด เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ และเพื่อตัดสินใจว่าจะทำการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องต่อไปหรือไม่ ส่วนรายที่มีปัญหาในการสื่อความหมายที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างชัดเจนสมควรได้รับการบำบัดฟื้นฟูแต่แรกเริ่ม

แม้ว่าอาการผิดปกติทางระบบประสาทจะมีการฟื้นตัวได้เอง (Spontaneous recovery) ในระยะ 6 เดือนแรก หลังอาการป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพหลัง 6 เดือนหรือ 1 ปีไปแล้วอาจได้ผลไม่ดีเท่าการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะ 6 เดือนแรก เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสื่อ

ความหมายที่ผิด ทำให้แก้ไขลำบาก และมีอาการผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรงเกิดขึ้นร่วมด้วย

นักแก้ไขการพูด จะเป็นผู้ประเมินและวางแผนการรักษาพร้อมกับทีมผู้ดูแล และญาติ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย หรือพบว่ามีปัญหา หรือมีความผิดปกติของการสื่อความหมายที่ต้องได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลเป็นลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. **การฝึกอย่างต่อเนื่อง** (Regular therapy) คือ การฝึกติดต่อกันเป็นระยะเวลาที่กำหนดตามความเหมาะสม รวมระยะเวลาของการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะด้วย เช่น หากต้องฝึกบ่อย อาจให้ทำการฝึกทุกวัน วันละ 1-1.5 ชั่วโมง 4 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งอาจต้องทำเฉพาะขณะผู้ป่วยยังอยู่ในหอผู้ป่วย ขึ้นกับความเหมาะสมของสถานพยาบาล บุคลากร ผู้ช่วยตัวผู้ป่วย และญาติ
2. **การแนะนำ** (Guidance) ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การประเมินซ้ำ ซึ่งจะใช้เวลา 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน
3. **การกระตุ้น** (Stimulation) ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการการแนะนำตัวเข้าสู่สิ่งแวดล้อมที่เป็นสังคม เพื่อให้การสื่อความหมายเป็นไปได้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะได้รับการแนะนำเข้าร่วมกลุ่ม โดยให้เวลากลุ่มละ 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 46 สัปดาห์

สำหรับวิธีแก้ไขการพูดมีหลายเทคนิค ซึ่งนักแก้ไขการพูดจะเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป อาจใช้เทคนิคเดียวหรือหลายเทคนิครวมกัน โดยเน้นการสื่อความหมายรวมมากกว่าจะเน้นให้ผู้ป่วยพูดให้ชัดเจนตามอักขระภาษาไทย ซึ่งจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูก่อนเสมอร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ในการฝึกจะเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ จากง่ายไปหายากตามลำดับ และเลือกงานให้เหมาะสมกับเพศ และวัย รวมทั้งคุณวุฒิเดิมของผู้ป่วย และจะเลือกงานที่ผู้ป่วยและญาติพอทำได้ นำกลับไปฝึกฝนต่อเองที่บ้าน

จ. พยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการพูด

1. อายุเมื่อมีอาการ ผู้ป่วยอายุน้อยจะมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่า ผู้ป่วยสูงอายุ
2. ความผิดปกติที่เกิดร่วมและสุขภาพทั่วไปขณะฟื้นตัว ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน จะมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่า
3. สาเหตุโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตก จะมีพยากรณ์โรคดีกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดอุดตัน - ตีบตัน
4. ตำแหน่ง และขนาดของพยาธิสภาพ ตำแหน่งพยาธิสภาพที่ไม่อยู่ในบริเวณกลีบสมองด้านข้างของสมองซีกเด่น ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมด้านภาษาและการพูดจะมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่า และตำแหน่งพยาธิสภาพขนาดเล็กจะมีพยากรณ์โรคดีกว่าขนาดใหญ่
5. ชนิดและความรุนแรงของภาวะความผิดปกติด้านภาษาและการพูด ภาวะเสียการสื่อความชนิดพูดคล่องมีพยากรณ์โรคดีกว่าชนิดพูดไม่คล่อง ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยมีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่การรับฟังคำพูดดีกว่าจะมีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเสียการสื่อความร่วมกับภาวะเสียการรับรู้ปฏิบัติด้านการพูด (apraxia) จะมีพยากรณ์โรคเร็วกว่า
6. พฤติกรรมที่ไม่ต้องใช้ภาษา ความรู้ตัว การมีแรงจูงใจและความกระตือรือร้นที่ดี จะมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่า
7. เวลาภายหลังจากเกิดความผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสียการสื่อความเป็นระยะเวลาดสั้นๆ จะมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่า
8. ระยะเวลา และขนาดความแรงของการรักษา การร่วมในโปรแกรมการรักษาที่ยาวนาน และให้การดูแลอย่างคร่ำครวญ มีโอกาสที่จะได้รับการพยากรณ์โรคที่ดีกว่า
9. สถานะทางสังคม อาจมีหรือไม่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

10. ระดับการศึกษา สติปัญญา และความสามารถทางภาษา ก่อนหน้า อาจมีหรือไม่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

ข. การใช้อุปกรณ์เสริม (prosthetic) และการผ่าตัด

การใช้เครื่องมือและการผ่าตัดช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพูดชัดขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยบางรายที่มีความพิการซ้ำซ้อน (Multiple handicaps)

ความผิดปกติที่เกิดรวมที่ฝึกแก้ไขการพูดได้ค่อนข้างยากด้วยวิธีธรรมดา ได้แก่ ภาวะเพดานอ่อนปิดไม่สนิท (velopharyngeal incompetency)

เนื่องจากเพดานอ่อนอยู่ลึกเข้าไปในลำคอ ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นและไม่รับรู้การเคลื่อนไหวขึ้นลงของเพดานอ่อน และความผิดปกติของเสียงชนิดเสียงขึ้นจมูกและลมรั่วทางจมูก เป็นความผิดปกติที่ผู้ป่วยจะรับรู้ได้น้อยจากการฟังเสียงของตัวเอง

ดังนั้นการช่วยเหลือให้ช่องเพดานอ่อนและผนังคอ (velopharynx) ทำงานได้ดีขึ้นจึงต้องอาศัยการผ่าตัดช่วยเหลือ เช่น การทำแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกด้านหลังผนังคอ (posterior pharyngeal flap) หรือการใช้อุปกรณ์เสริมให้ผู้ป่วยได้ เช่น เพดานเทียม (palatal-lift) เพื่อช่วยยกเพดานอ่อน เป็นต้น

(ต่อจากหน้า 49 เรื่องกายภาพบำบัดกับอัมพาตครึ่งซีก)

ภาวะปอดบวม (pneumonia) ซึ่งเกิดขึ้นจากการสำลักอาหาร หรือผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาเองได้ จึงต้องระมัดระวังในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เช่น ไม่ให้รับประทานคำโตเกินไป หรือไม่ชวนคุยในขณะที่รับประทาน เป็นต้น

การเกิดแผลกดทับ (pressure sore) มักพบในระยะแรก que ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวดี บริเวณที่มักเกิดแผลกดทับมักจะเป็นบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูก ดังนั้นจึงควรที่จะพลิกตัวผู้ป่วยบ่อยๆ อย่างน้อยทุกๆ 2 ชั่วโมง และอาจใช้ลูกโป่งน้ำรองตามปุ่มกระดูกด้วย

ส่วนปัญหาในด้านจิตใจของผู้ป่วยก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้ดูแลควรให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ย่อมมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เกี่ยวกับอาการและความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การสื่อสาร ความคิด ความจำ หรือสิ่งอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติได้ตาม

ปกติมาก่อนที่จะเกิดภาวะอัมพาตครึ่งซีกขึ้น บางรายอาจมีลักษณะของการปฏิเสธปัญหา ซึ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายซึ่งเป็นสมองซีกเด่นมักจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาหรือที่ก้านสมอง อย่างไรก็ตามปัญหาเหล่านี้ อาจเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะกับปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจ การวางแผน ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะทางอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงมากยิ่งขึ้น

ซึ่งสิ่งที่ได้อธิบายมาทั้งหมดข้างต้นนั้นเป็นเพียงการดูแลขั้นพื้นฐานที่สามารถทำได้เองที่บ้าน ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการฟื้นตัวให้กับผู้ป่วย ส่วนการฝึกการทำกิจกรรมต่างๆ ในระยะแรกนั้น จะเป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ทำการฝึกให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่งก่อน