



กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน : กรณีศึกษา Physical therapy in stroke patients after discharging from the hospital to the community: Case study

เบญจรงค์ ศรีสุระ, กก.*
Bencharong Srisura , PT.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องทุกข์ทรมาน กับความผิดปกติหลายอย่างที่จำกัด โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล การกายภาพบำบัดจึงมีความจำเป็นมากในการทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ : 1.เพื่อศึกษากรณีศึกษาการรักษาทางกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลัง (cerebral infarction due to cardioembolism of cerebral artery) จำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเขตความรับผิดชอบศูนย์แพทย์ประสาทโมสร 2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วย 1 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจร่วมด้วยที่มารักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ข้อมูลจากเวชระเบียน แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด และแบบประเมินการเคลื่อนไหว การรักษาตามแนวคิดการรักษาทางกายภาพบำบัด ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา : 1. กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจรายนี้หลังจากได้รับการกายภาพบำบัด ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้าด้วยตนเอง และทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 2. ผลลัพธ์จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้คะแนนจาก 35 คะแนน เป็น 95 คะแนน ร้อยละการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 0.67 เป็นร้อยละ 2.04 สัญญาณชีพค่าเฉลี่ย ความดันโลหิต 125.46 /77.38 มม.ปรอทและ ชีพจร 77.54 ครั้ง/นาที

สรุป : หลังจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจร่วมด้วย ได้รับการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดโดยการมีส่วนร่วมระหว่างนักกายภาพบำบัด ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านร่วมกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

*นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Rehabilitation Department of Khonkaen Hospital, *Physical Therapist, Khonkaen Hospital, Khonkaen Province.

ABSTRACT

Background : Stroke patients will suffer with many limited disorders especially the daily routine after discharging from the hospital, Physical therapy is therefore necessary in order to enable these patients to perform daily activities for a better lifestyle.

Objectives : 1. To study physical therapy treatment a case study patient with stroke after discharge from the hospital to the community. 2. To study the outcomes of physical therapy for stroke patients .

Methods : A case study stroke patient with heart disease who was treated at Khon Kaen Hospital after selling from the hospital to the community. Data were collected by using Activity Daily Living assessment form, data from medical records In-depth interviews Physical therapy assessment form And Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) form ,summary of issues and treatment based on the concept of physical therapy. The study period was between March and July 2019, descriptive data analysis, statistical analysis using average percentage.

Result : 1. A case of stroke patients with heart disease after physical therapy the patients can walk using walking sticks by themselves. 2. The results of daily activity ability assessment get a score from 35 to 95 points, movement increased from 0.67% to 2.04% vital signs, average blood pressure 125.46 / 77.38 mm Hg. and pulse 77.54 bpm.

Conclusion : After stroke patients with heart disease treatment with physical therapy by participation between physiotherapist multidisciplinary team village volunteers and family members of patients resulting in the patient being able to perform daily activities improving the quality of life.

Keywords : Physical therapy, Stroke , after discharge

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular disease; Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ทำให้สูญเสียการทำงานของระบบประสาทอย่างทันทีทันใด มีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงและมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบ (thrombosis) หลอดเลือดอุดตัน(emboli)และหลอดเลือดแตก(hemorrhage)¹ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นโรคที่ทำให้เกิดทุพพลภาพได้บ่อย มีสาเหตุได้จากหลายสาเหตุ ที่พบบ่อยคือภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) หลอดเลือดสมองขนาดเล็กตีบตัน (small vessle disease) และการมีลิ่มเลือด (emboli) หลุดมาจากหัวใจและหลอดเลือดส่วนต้น โรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดในหัวใจหลุดมาอุดตันจนเกิดอาการของสมองขาดเลือดนั้นคืออัมพาต

ครึ่งซีก นั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของกายวิภาคของหัวใจและสรีรวิทยาไฟฟ้าที่ผิดปกติของหัวใจ โรคหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation, AF) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเกิดลิ่มเลือดหลุดไปยังสมองเกิดจากความผิดปกติบางส่วนของหัวใจ มีเลือดไหลวนในหัวใจห้องบนซ้าย และมีการเพิ่มขึ้นของปัจจัยทำให้เลือดแข็งตัว การที่ผนังหัวใจห้องบนบีบตัวได้น้อย ทำให้เลือดบริเวณนั้นไม่มีการไหลเวียนที่เหมาะสม เป็นผลให้ระดับ fibrinogen, D-dimer และ von Willbrand factor เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดการจับตัวเป็นลิ่มเลือดในที่สุด ความชุกของโรคนี้ พบได้เพิ่มขึ้นตามอายุผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยพบถึงร้อยละ 5 ในประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และอุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้เพิ่มขึ้นอีกในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มี AF จะมีความ



เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี AF ถึง 6 เท่า² ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองนับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขหรือปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและยังเป็นสาเหตุของการเกิดทุพพลภาพและเป็นอันตรายถึงชีวิต พบว่าการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี^{3,4} องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าจะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 15 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.8 ล้านคนและ อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน และ 7.8 ล้านคนในปี ค.ศ.2015 และ 2030 ตามลำดับ⁵ แต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 795,000 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือในทุกๆ 40 วินาที จะมีประชากร 1 คน เป็นโรคหลอดเลือดสมองรายงานจากองค์การอนามัยโลก(World Health Organization;WHO) ปี 2559 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า โดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า¹ ส่งผลให้ผู้ที่รอดชีวิตโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากลิ้นเลือดหัวใจพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่มิโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทั้งหมด เกาภิตะวะ ทุพพลภาพมากและมีโอกาสเกิดซ้ำสูง² ส่งผลในระยะยาว ภาวะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง⁶

จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6,451 ราย 6,970 ราย และ 7,394 ราย ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 ตามลำดับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นใน พ.ศ.2559-2561 จำนวน 2,986 ราย 2,993ราย และ 3,002 รายตามลำดับ⁷ ส่งต่อคลินิกหมอครอบครัวประชาสัมพันธ์เพื่อให้ดูแลต่อเนื่อง ในเดือนตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 62 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 51 ราย ร้อยละ 82.26 โรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 11 ราย ร้อยละ 17.74 ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย 40 ราย ร้อยละ 64.52 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด อายุ 61-70 ปี จำนวน 17 ราย ร้อยละ 27.42 ใกล้เคียงกัน อายุ 71-80 ปี จำนวน 16 ราย ร้อยละ 25.81 และน้อยที่สุด อายุ 30-40 ปี จำนวน 3 รายร้อยละ 4.84

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ (หัวใจเต้นผิดจังหวะ) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ติดเตียง 27 ราย ร้อยละ 43.54 รองลงมาติดสังคม 25 ราย ร้อยละ 40.32 และผู้ป่วยติดบ้าน 10 ราย ร้อยละ 1.61 ในผู้ป่วยติดเตียงนี้รวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่มีสาเหตุจากลิ้นเลือดหัวใจที่มีปัจจัยจากAF(Atrial Fibrillation)เป็นภาวะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะมีการสั้นปลิวของหัวใจห้องบนในอัตรามากกว่า 300 ครั้ง/นาทีเกิดจากที่มีจุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจห้องบนหลายจุดทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป^{8,9} ผลที่เกิดขึ้นทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงได้ถึงร้อยละ 20 ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายและหัวใจลดลงเมื่อเกิดหัวใจห้องบนสั้นปลิวมีอาการตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนถึงอาการรุนแรงได้แก่ ความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยอาจรู้สึกใจสั่น จากหัวใจเต้นเร็ว เจ็บแน่นหน้าอก หายใจสั้น จนถึงหมดสติ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเช่นโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้แขนขาอ่อนแรง ระดับความรู้สึกลดลง ทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตได้ หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เป็นคนที่ทุพพลภาพได้ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ครอบครัวและประเทศชาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะโรคหัวใจร่วมซึ่งเป็นโรคที่อันตรายและ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียดการไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักและโรคอ้วน¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำประกอบไปด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการพักผ่อน การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา¹¹ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างต่ำในเรื่องการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค¹⁰ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายอย่างดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เพื่อให้การฟื้นฟูดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีภาวะแทรกซ้อน

น้อยที่สุด นักกายภาพบำบัดต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญเป็นพิเศษตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการฟื้นฟู โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความผิดปกติต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นผลจากการฝึกโดยการออกกำลังกาย ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงญาติต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเช่นกัน เพื่อเป็นการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเพิ่มสมรรถภาพของระบบหัวใจให้ผู้ป่วยมากที่สุดและจากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นระหว่าง พ.ศ.2559-2561 มีจำนวน 2,986 2,998 และ 3,002 ราย มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ อีกทั้งผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ต้องได้รับการฟื้นฟูที่บ้านและส่งต่อเพื่อทำกายภาพบำบัดในเขตคลินิกหมอครอบครัวประชาคมสโมสรจำนวนมากถึง 62 ราย เป็นผู้ป่วยประเภทติดเตียงสูงถึง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.54

ดังนั้นในฐานะเป็นนักกายภาพบำบัดที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศและเป็นมีบทบาทหลักในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพสามารถปฏิบัติงานได้หลากหลายบริบทในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ และในชุมชน¹² ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในผู้ป่วยรายนี้ ต้องทำด้วยความระมัดระวังสูงเป็นพิเศษและที่สำคัญผู้ศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้จึงทำการศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคร่วมในผู้ป่วยรายนี้คือโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงหากเกิดในผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือด ดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงต้องการที่จะศึกษาผลของการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebral infarction due to cardioembolism of cerebral artery) ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษากิจกรรมการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Cerebral infarction due to cardioembolism of cerebral artery) หลังจำหน่าย

จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเขตความรับผิดชอบศูนย์แพทย์ประชาคมสโมสร 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Cerebral infarction due to cardioembolism of cerebral artery

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วย 1 ราย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจร่วมด้วย หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด และแบบประเมินการเคลื่อนไหว สรุปการรักษาตามแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัด โดยศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาวิเคราะห์สถิติที่ใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

รายงานกรณีศึกษา

ชายไทยคู่ อายุ 66 ปี อาศัยอยู่ อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น อาชีพขายกาแฟ เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 04.00 น. ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะลุกจากที่นอนรู้สึกมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีอาการชักหรือปวดศีรษะ รู้สึกดี มีปากด้านซ้ายเบี้ยว พูดไม่ค่อยชัดซึ่งไม่เคยเป็นแบบนี้มาก่อน หลังมีอาการญาติได้รีบนำตัวส่งโรงพยาบาลขอนแก่น ถึงโรงพยาบาลในเวลา 04.54 น. : อัตราการหายใจ = 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/86 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจน = 100 % ชีพจร = 103 bpm อุณหภูมิ 37.1 C° แพทย์ส่ง CT-scan brain ผลพบว่ามี Hypodensity lesion at right parieto-temporal region ,no Intracranial hemorrhage และได้ตรวจร่างกาย Muscle power Left.side Upper Extremity grade 1, Lower Extremity Grade 1 และ Right.side Grade 5 Upper Extremity & Lower Extremity, clonus เป็น negative, E4V5M6 ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ : Cerebral infarction due to cardioembolism of cerebral artery และ ได้นอนพักรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมชาย 2 ใน



วันรุ่งขึ้น พบว่ามีการเดินหัวใจที่ผิดปกติ แพทย์ส่ง EKG: DCM with moderately impaired LV function รักษาโดยใช้ยาและส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดและ วินิจฉัยทางกายภาพบำบัด : Left hemiplegia caused by cardioembolism of cerebral artery การรักษาที่ได้รับ คือ Lower limb training Upper limb training passive movement และ ward/home programme จนกระทั่งวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 4 วัน: อัตราการหายใจ = 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/86 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจน = 100 % ชีพจร = 94 bpm อุณหภูมิ 37.1 °C Activity Daily Living (ADL) = 35/100 คะแนน Modified Rankin Scale (MRS) = 4 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และเจ้าหน้าที่ตึก Stroke Unit ส่งต่อข้อมูลโดยผ่านทาง Line application stroke card เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน วันที่ 6 มีนาคม 2562 เป็นวันแรกรับของนักกายภาพบำบัดชุมชน โดยการลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับศูนย์แพทย์ประสาทสมองในประวัติอดีต : ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน (ชื่อยากินเอง) ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการแขนขาอ่อนแรงมาก่อน ผู้ป่วยปฏิเสธการเกิดอุบัติเหตุ การผ่าตัด การแพ้ยา การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ตีหมาแพททุกวันๆ ละหลายแก้วในด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เหนื่อยง่าย ให้ความร่วมมือในการรักษาดี ถนัดมือด้านขวา มีอหยาศัยตีมีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและคนในชุมชนเป็นอย่างดี ต้องออกไปขายกาแฟ ตั้งแต่เช้ามีดทุกวัน และชอบร้องเพลง ในด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านคอนกรีตชั้นเดียวยกสูง ประตูหน้าบ้านเป็นบานเลื่อน มีบันได 3 ขั้น ไม่มีราวจับห้องน้ำอยู่ในตัวบ้าน ส้วมเป็นแบบชักโครก ไม่มีราวจับทางเข้าห้องน้ำและประตูทางเข้าห้องน้ำความกว้างรถเข็นเข้าได้ พอดี มีพื้นต่างระดับประมาณ 5 เซนติเมตร เติงนอนความสูงระดับเข้าพอดี อยู่ภายในห้องรับแขก มีเครื่องปรับอากาศและพัดลม มีเครื่องเล่นคาราโอและยาที่ได้รับ ได้แก่ Warfarin 2mg., Enalapril 5mg., Allectone 25mg., Carediol 6.25mg., Lasix 40mg., Metformin 500 mg., Gilpizide 5 mg., Atovas 40 mg., Folic acid

สัญญาณชีพ ใน วันที่ 6 มีนาคม 2562 ซึ่งเป็นวัน แกรับ มีความดันโลหิต 134/81 mmHg, อุณหภูมิกาย 37.1°C, อัตราการหายใจ 22 times/min, ชีพจร 92 bpm ซึ่งมีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยและมีหอบเหนื่อยเล็กน้อยจากการตรวจร่างกายพบว่า good consciousness, good co-operation, Left facial palsy, normal skin condition, no deformity, no shoulder subluxation, foot drop at Lt. side poor hand function left side, normal skin, no swelling and edema, poor posture พบว่า ในท่านั่ง ระดับไหล่ 2 ข้างไม่เท่ากันไหล่ขวาสูงกว่าไหล่ซ้าย ศีรษะเอียง และในท่านยืน พบว่า ระดับไหล่ 2 ข้างไม่เท่ากันไหล่ขวา สูงกว่าไหล่ซ้าย ศีรษะเอียง ด้านการตรวจ Passive movement test ได้แก่ Muscle tone พบว่ามี Hypotone Left side of Upper Extreimity (UE) and Lower Extreimity (LE) และการตรวจ Range Of Motion พบว่า limitation by pain at end range : Shoulder flexion / external rotation, hip flexion with adduction and internal rotation, ankle dorsiflexion. การตรวจ muscle length พบว่า gastrosoleus muscle of Lt. side. and hamstrings muscle การตรวจ sensory assessment intact ส่วนการตรวจ Deep tendon reflex พบว่า Right side = normal Left side = hyperreflexia และการตรวจ Voluntary muscle performance โดยใช้ แบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) เป็นแบบประเมินการเคลื่อนไหวแขน ขา และการเคลื่อนไหวพื้นฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1986 โดยทีมวิจัยและนักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาล Jewish Rehabilitation hospital ประเทศแคนาดา¹³ ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ การเคลื่อนไหวแขน (20 คะแนน) การเคลื่อนไหวขา (20 คะแนน) และการเคลื่อนไหวพื้นฐาน (30 คะแนน) รวมเป็นคะแนนเต็ม 70 คะแนนหรือคำนวณ เป็นร้อยละพบว่ามีค่าคะแนน upper extreimity 10/100 lower extreimity 50/100 basic mobility 6.67/100 คิดเป็น 0.67 % แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity

Daily Living , ADL)ประกอบด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่งยืนเดิน 7) การขึ้นลงบันได 8) การแต่งตัว 9) การขับถ่ายอุจจาระ และ 10) การปัสสาวะ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของกิจกรรมตั้งแต่ 0- 15 คะแนน มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็น 5 ระดับมีการแปลผลดังนี้ 0-20 คะแนนหมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 25-45 คะแนน หมายถึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย 50-70 คะแนนหมายถึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง 75-90 คะแนนหมายถึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก 91-100 คะแนนหมายถึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง¹⁴

สรุปการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยรู้สึกหายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อยเล็กน้อย สาเหตุของปัญหา การเต้นของหัวใจผิดปกติ (Atrial fibrillation) หายใจไม่ถูก รูปแบบ การตรวจร่างกายที่ยืนยัน: ผล EKG พบว่า DCM (Dilated Cardiomyopathy) with moderately impaired LV systolic function (การบีบตัวของหัวใจล่างซ้าย) LVEF 35-40% with global hypokinesia. (การบีบตัวแผ่วลง) Mild MR. (Mitral regurgitation) ทำให้ร่างกายมีอาการหอบเหนื่อยจากภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายมีการบีบตัวที่แผ่วลง หัวใจรั่วทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ, รูปร่างอ้วนลงพุง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 28.96 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร เป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูง โดยหน่วยของน้ำหนักคิดเป็น กิโลกรัม และหน่วยของความสูงคิดเป็นเมตร อยู่ในระดับอ้วน

การวางแผนการรักษา : ฝึกหายใจเข้าออกซ้ำ น้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาทีและฟังกดนตรีเบาๆ เริ่ม 3 นาทีค่อยๆ เพิ่มขึ้นได้ 10 นาทีต่อครั้ง เพื่อเพิ่มความจุปอดและลดความดันโลหิต¹⁵ ประมาณ 2 สัปดาห์ เมื่ออาการหอบเหนื่อยดีขึ้นให้เริ่มการออกกำลังกายแบบเบาๆ

ปัญหาที่ 2 คือ 2.1 functional mobility task ab-

normal pattern of moving : supine to side lying , side lying to sitting, sitting, sitting to standing and gait pattern. 2.2 poor standing balance .

สาเหตุของปัญหาจาก 1) Poor muscle control of left upper extremities , left lower extremities and abdominal muscle. 2) Hypotonia of left side. การตรวจร่างกายที่ยืนยัน: จากการตรวจ functional bed mobility tasks , passive movement test (Modified Ashworth Scale) จากการตรวจ voluntary muscle performance : STREAM พบว่า Upper Extremity ได้ 2/20 คะแนน Lower Extremity ได้ 10/20 คะแนน basic mobility ได้ 2/30 คะแนน และจาก Berge Balance Scale ซึ่งเป็นการตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มมีทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนเต็ม 56 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่า 45 ถือว่าเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้ 10/56 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง เพราะการทรงตัวยังไม่ค่อยดีจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง

การวางแผนการรักษา 1. functional exercise and facilitation techniques to improve muscle control of left upper extremities and lower extremities 2. Selective trunk activity to improve abdominal muscle control 3. functional mobility task training.

ปัญหาที่ 3 ปัญหาอื่นๆ 3.1) Poor hand function การตรวจร่างกายที่ยืนยัน จากการตรวจประเมินจากการตรวจ voluntary performance : STREAM พบว่าได้ 0/6 คะแนน ผู้ป่วยไม่สามารถ กำและแบมือได้ 3.2) Muscle tightness of gastrosoleus and hamstrings muscle และ 3.3) ขาชาวม

การวางแผนการรักษา โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) functional exercise and facilitation techniques to improve muscle control of left hand 2) passive stretching exercise 3) นอนยกขาสูง

Goal of treatment Short term goal (within two weeks)

1. to correct movement pattern of supine to side lying , lying to sitting , sitting to lying, Sitting



to standing.

2.toimproved sitting and standing balance .
Long term goal : walking independently.

ด้านการรักษา มีกิจกรรมดังนี้ 1) Positioning 2) Breathing exercise 3.) passive range of motion exercise ทำ 10 ครั้ง/set 4) flexion with rotation of the upper trunk and lower trunk training หรือ ท่าที่ทำได้ 5) pelvic tilting exercise 6) knee control training 7) sitting and standing balance training ให้ผู้ป่วยประสานมือกันทั้ง 2 ข้าง เอื้อมมือไปแตะมือนักกายภาพบำบัดในทิศทางด้านหน้าซ้าย-ขวา ในท่านั่ง และทำยืนโดยทำท่าละ 10 ครั้ง/เซต 8) weight bearing training ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งและให้ผู้ป่วยโยกซ้าย - ขวา ทำ 10 ครั้ง/เซต 9) education and home program ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายควรทำแต่ละท่าให้ต่อเนื่องกันท่าละ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นจนกระทั่งได้ 20 ครั้ง หรือมากกว่า แบบไม่กลั้นหายใจ ทำทุกวัน ความเหนื่อยอยู่ในระดับเบา-ระดับปานกลาง

ประเมินผลหลังการรักษา

จากการที่นักกายภาพบำบัดลงเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์แพทย์ประสาทโมสรพร้อมด้วยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ 1 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองยังไม่ค่อยได้มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อยพูดคุ้ยรู้เรื่องทำตามคำสั่งได้ ADL 35 คะแนน แขนขาอ่อนแรงการประเมินการเคลื่อนไหวได้ร้อยละ 0.67 กำแบบมือยังไม่ได้ แผนการรักษาที่จะเป็น 2 ช่วง โดย ช่วง 2 เดือนแรกจะลงเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์เน้นเรื่องการฝึกหายใจ ฝึกจับชีพจรเป็นเวลา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและสังเกตอาการที่ผิดปกติหลังการให้ยา อาการทั่วไปและการออกกำลังกายแบบเบาๆ และช่วงที่ 2 เดือนหลัง ลงเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ เน้นการออกกำลังกายด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด เพื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหัวใจและหลอดเลือด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ช่วง 2 เดือนแรก นักกายภาพบำบัดให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการฝึกหายใจ ฝึกจับชีพจรเป็นเวลา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาความสะอาด อธิบายการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียดตลอดจนการสังเกตอาการข้างเคียงหลังจากได้รับยา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ชีพจรเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มมปรอท. หรืออาการเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ควรจะหยุดยาและรีบรายงานแพทย์หรือสถานบริการใกล้บ้าน ในกรณีลึ้มรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง การสังเกตอาการที่ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจเร็ว และเหนื่อย ปวดศีรษะ วูบ การมองเห็นแยลง และมีจุดเลือดออกตามร่างกาย (เหงือก ปัสสาวะ และอุจจาระ) มีอาการปวดไม่คอยขัด ความผิดปกติของสายตา มีแขนขาอ่อนแรง บ่งบอกถึงโรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น อาหารที่รับประทานควรควบคุมปริมาณเกลือ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการดื่มกาแฟปริมาณหลายแก้วต่อวัน การเจาะเลือดติดตามค่า INR ที่เหมาะสมคือ 2.0-3.0 เนื่องจากมีโอกาสเกิดก้อนเลือดอุดตันที่สมองและเลือดออกในสมองอยู่ในระดับต่ำที่สุดซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาออร์ฟารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดในรูปแบบรับประทานที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย โดยมีประสิทธิภาพในการป้องกันการก่อตัวของลิ่มเลือดในหลอดเลือดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะ thrombosis และ thromboembolism (หลอดเลือดอุดตัน) ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ การตรวจติดตามผลการใช้ยาออร์ฟารินนั้นใช้การวัดค่าอัตราส่วนปกติมาตรฐานนานาชาติ (International Normalized Ratio ,INR) โดยค่านี้วัดได้จากการเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อหาระดับ prothrombin time (PT) แล้วนำมาเปรียบเทียบกับค่า PT ของ thromboplastin ที่เป็นค่ามาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้ทราบอัตราส่วนระหว่างค่า PT ของผู้ป่วยต่อค่า PT มาตรฐาน และการกายภาพบำบัด โดยออกกำลังกายแบบเบาๆ การพลิกตะแคงตัวการจัดท่านอนบนเตียงที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายขึ้นลงเตียง การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้หรือรถเข็นขึ้นเตียง พร้อมให้คู่มือการทำ

กายภาพบำบัดเพื่อจะได้ทำได้ถูกต้อง หลังจากนั้นทบทวนพร้อมกับให้ผู้ป่วยและญาติให้สาธิตย้อนกลับ พบว่าผู้ป่วยและญาติทำได้ถูกต้อง และขณะออกกำลังกาย หากมีอาการผิดปกติได้แก่ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก อ่อนล้า ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง ปวดศีรษะ มึนงง ต้องหยุดพัก อาการไม่ดีขึ้นรีบพบแพทย์ หากอาการรุนแรงขึ้นผู้ป่วยอาจมีอาการพูดไม่ค่อยชัด ความผิดปกติของสายตา มีแขนขาอ่อนแรง บ่งบอกถึงโรคหลอดเลือดสมอง ชีพจรขณะพัก 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต/สูงกว่า 140/90 มม.ปรอท จนผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้และฝึกออกกำลังกายด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดและออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลครบ 2 เดือน 2 วัน และได้รับการกายภาพบำบัดเป็นครั้งที่ 10 ผลปรากฏว่าผู้ป่วยไม่มีความหอบเหนื่อย สามารถทำ function ต่างๆบนเตียงได้ถูกต้อง การลุกยืน การยืน และการทรงท่า ในท่ายืน ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง การควบคุมศีรษะและคอ ดีขึ้น สะโพกและเข่าเหยียดได้มากขึ้น แต่ยังไม่สุดมีการลงน้ำหนักด้านซ้ายมากขึ้นเวลาขึ้นและเดิน การกำแบมือพอได้ ค่าคะแนนกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ 75 คะแนนสามารถเดินได้ด้วยไม้เท้า (Tripode cane) มีคนคอยระวัง 1 คน การรักษามุ่งเน้นในเรื่องการฝึกเดินที่ถูกต้อง และเพิ่มความแข็งแรงของหัวใจ และผู้ป่วยสามารถทำfunction ต่างๆได้ถูกต้องกำแบมือได้มากขึ้นสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นเช่นการรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม การสวมเสื้อผ้า ส่วนการขึ้นลงบันได ยังต้องมีผู้ดูแลอยู่ข้างๆเนื่องจากยังมีอาการของแขนขาซ้าย ญาติสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติด้วย

สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจ(Cerebral infarction due to cardioembolism

of cerebral artery) รายนี้ หลังจากได้รับการกายภาพบำบัด ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้าด้วยตนเอง และทำกิจวัตรประจำวันได้ และผลจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้คะแนนจาก 35คะแนน เป็น 95 คะแนน ร้อยละของการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 0.67 เป็นร้อยละ 2.04 ทำได้ดีที่สุดคือlower Extreimity คิดเป็นร้อยละ0.75 ไกล่เคียงกับbasic mobility ร้อยละ0.70และน้อยที่สุดคือ Upper Extreimity ร้อยละ 0.60 สัญญาณชีพค่าเฉลี่ย ความดันโลหิต 125.46 /77.38 มม.ปรอทและ ชีพจร 77.54 ครั้ง/นาที รวมระยะเวลาในการรักษากายภาพบำบัดในผู้ป่วยรายนี้เป็นเวลา 4 เดือน 2 สัปดาห์ 4 วัน ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือความมุ่งมั่นตั้งใจในการศึกษาค้นคว้าของนักกายภาพบำบัด เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปรักษาผู้ป่วย การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ชุมชน รวมทั้งผู้ดูแลจิตอาสา และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การมีส่วนร่วม ความมุ่งมั่นของผู้ป่วยและญาติ สุดท้ายพลังศรัทธาที่ผู้ป่วยมีต่อผู้รักษา ทำให้เกิดกำลังใจในการฝึกปฏิบัติ สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติที่สุด

อภิปรายผล

กรณีศึกษากายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนรายนี้ มีประเด็นสำคัญคือ 1) การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วมคือโรคหัวใจ หลังพ้นระยะวิกฤต และจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน สิ่งที่สำคัญคือการที่ผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้สามารถดูแลตัวเองได้อย่างปลอดภัย เช่นเดียวกับการศึกษาของนงนุช เพ็ชรสว่าง¹⁶ กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในชุมชน ต้องมีการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยให้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้อมจิตต์ นวลเนตร¹⁷ ในเรื่องบทบาทของนักกายภาพบำบัดกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กิจกรรมหนึ่งในการจัดการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนคือการออกแบบโปรแกรมกายภาพบำบัดโดยให้สอดคล้องกับกิจกรรมใน



ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย

การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยรายนี้มีผลการประเมินในระดับดี ทั้งด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงระบบประสาทเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้แม้ว่าอายุมากแต่ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติโดยมีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และส่งผลให้มีอาการดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของนิธญา ฤทธิเพชร¹⁸ ในด้านการช่วยเหลือสนับสนุนและส่งเสริมกำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจในการดำรงชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับภรภา จันทรศรีทอง¹⁹ ในการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น เช่นเดียวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ที่มีอายุ 66 ปี เป็นวัยที่มีความเสื่อมเพียงเล็กน้อย จึงทำให้สามารถมีพฤติกรรมจัดการตนเอง อีกทั้งมีคู่สมรส และสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจให้การสนับสนุนทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การรับประทานยา และการตรวจตามนัด จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผล EKG DCM (Dilated Cardiomyopathy) with moderately impaired LV systolic function (การบีบตัวของหัวใจล่างซ้าย) LVEF 35-40% with global hypokinesia. (การบีบตัวแผ่วลง) Mild MR. (Mitral regurgitation) ทำให้ร่างกายมีอาการหอบเหนื่อยจากภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายมีการบีบตัวที่แผ่วลงลิ้นหัวใจรั่วทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติซึ่งเป็นอุปสรรคในการฝึกการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เนื่องจากมีอัตราตายสูงและมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อย สอดคล้องกับการให้การดูแลของนักกายภาพบำบัดที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่รวดเร็ว เช่นเดียวกับเสาวลี นิจอภัย²⁰ ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะAtrial fibrillation โดยอธิบาย ให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาตนเองที่ถูกต้องรวมถึงการฝึกการกายภาพบำบัดสอนญาติให้สามารถทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ สอดคล้องกับพัชรภรณ์ อุ่นเต๊ะ²¹ ในการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดพลิ้วไหว จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่โรคหลอดเลือดสมองเช่น ระดับความรู้สึกลดลง แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว เป็นต้น ให้คำแนะนำการใช้น้ำแก่ผู้ป่วยอย่างละเอียด ตลอดจนอาการข้างเคียงหลังได้รับยาเช่นชีพจรเต้นน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท ควรหยุดยาและรายงานแพทย์สอดคล้องกับการศึกษาของอนุชา ไทยวงษ์²² กล่าวถึงการส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและลดภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ รวมถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา การสอนจับชีพจรเต็มนาที ก่อนรับประทานยาต้องได้มากกว่า 60 ครั้ง/นาที และสังเกตอาการข้างเคียงจากยาออกฤทธิ์ ได้แก่ การเต้นของหัวใจลดลง อาจมีความดันโลหิตต่ำ หรือเวียนศีรษะ เป็นต้น

2. ผลลัพธ์ในการกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคหัวใจร่วมด้วยพบว่าค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจาก 35 คะแนน เป็น 95 คะแนน และ ค่าคะแนนการประเมินการเคลื่อนไหวจาก 0.67% เป็น 2.04 % มีผลมาจากการทำกายภาพบำบัดช่วยฟื้นฟูการทำงานของสมองในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก กระบวนการการรักษาทางกายภาพบำบัดสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองและมีผลต่อการฟื้นตัวในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ถ้าต้องการให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะอย่างมีประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรประจำวันต้องให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายข้างที่อ่อนแรงให้เร็วที่สุดและมากที่สุด อย่างถูกต้องจะส่งผลให้สมองเกิดการปรับเปลี่ยนการทำงานในที่สุดผู้ป่วยก็จะมีทักษะในการเคลื่อนไหวสามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการฝึกให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้างที่อ่อนแรงด้วยตนเองอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอจะช่วยให้สมองมีการพัฒนาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเร็วขึ้น^{23,24} มีคู่มือสำหรับการฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดกับการศึกษาของ

เอมอร แสงศิริและคณะ¹⁰ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการทำแบบมีเป้าหมาย มีการเรียนรู้ร่วมกับการฝึกทักษะและทราบผลลัพธ์ของการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเช่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคซ้ำเช่นการสังเกตอาการผิดปกติ และการรับประทานอาหาร กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ใช้ระยะเวลาในการรักษาด้วยกายภาพบำบัดเป็นเวลา 4 เดือน 2 สัปดาห์ 4 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของอาคมรัฐวงษา²⁵ เรื่องการพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอัตราเพิ่มของคะแนนมากที่สุดในช่วง 4 เดือนแรกหลังจากนั้น อัตราจะลดลงการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนน ADL ในระยะแรกๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำหลักสูตรกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจ เพื่อการเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูในชุมชน

2. ควรมีโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับพร้อมจัดทำคู่มือที่สามารถประยุกต์ในระยะเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยนำไปฝึกปฏิบัติต่อบ้านได้ในโอกาสต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร.เวชศาสตร์ฟื้นฟู:ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง.ขอนแก่น ,คลังนานาวิทยา; 2551.
2. ชัยภัทร ชุณหรัศม์.ประสาทวิทยา:สาขาประสาทวิทยาภาควิชาการอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .กรุงเทพฯ,คลาสสิกแอนด์จำกัด.2555;29-40.

3. พรภัทร ธรรมสโรช.การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลันใน: พรภัทร ธรรมสโรช (บรรณาธิการ) โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. 2555 ; 46-79.
4. วันชพร อุสสาห์กิจ. Pre-hospitaldelay in acute stroke and TIA.North-Estern Thai Journal of Neuroscience 2556 ; 8(4) :43-51.
5. Strong,K,Mathers,C,& Bonita ,R. Preventing stroke:Saving lives around the world.Lancet Neurol 2007; 6:182-187.
6. ปิยนุช ภิญโญ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
7. เวชระเบียน กลุ่มงานสารสนเทศ โรงพยาบาลขอนแก่น; 2562.
8. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ ,ศรีเมืองการพิมพ์ ; 2555.
9. ธนพล บรรดาศักดิ์,กนกพร เทียนคำศรีและสุนทรี สิทธิสงคราม. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า.2560; 34(4) :341-349.
10. เอมอร แสงศิริ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.สมอง.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2558; 26(1):104-118.
11. ภัทรสิริ พงมานพงศ์และคณะ.พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการหาดใหญ่ ครั้งที่ 4; 2556.
12. นงคราญ เต็มวุฒิ.การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารกายภาพบำบัด, 2561; 40 (1) :1-15.



13. Daley K, Mayo N, Wood-Dauphinee S. Reliability of scores on the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) measure. Phys Ther 1999 ;79 (1): 8-19.
14. ดวงกมล สุวรรณ. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ. [วิทยานิพนธ์] สงขลา; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
15. รัตน์เกล้า พบสมัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการการส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนครสาขา 1 จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
16. นงนุช เพ็ชรร่วงและคณะ. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบกพยาบาล. 2556;14(1) : 25-34.
17. น้อมจิตต์ นวลเนตร์. นักกายภาพบำบัดกับโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2554 ; 6(3) :45-49.
18. นิตยา ฤทธิ์เพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยม ด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. ระบบ. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
19. กรปภา จันทศรีทอง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2559.
20. เสาวลี นิจอภัย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในชุมชน:กรณีศึกษา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;7(3) : 321-328.
21. พัทธภรณ์ อุ่นเตจ๊ะและคณะ. หัวใจห้องบนสั่นพลิ้วในผู้ป่วยอาการหนัก. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557 ; 15(2) :99-103.
22. อนุชา ไทยวงษ์.ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ:บทบาทพยาบาลในการประเมินและการดูแล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2561;15(2) : 206-213.
23. อริสรา สุขวังนี้. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถทำกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีระยะเวลาดำเนินของโรคน้อยกว่า 6 เดือน ในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารพยาบาล. 2558;4064(3) : 62-71.
24. วิยะดา ศักดิ์ศรีและสุรัตน์ ธนนาภาพไพศาล. คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพมหานคร, สายธุรกิจ ; 2552.
25. อาคม รัฐวงษา. การพัฒนาแนวทางจัดการรายกรณีเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ต่อเนื่องที่บ้านโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2561;24(1) : 22-39.