



กายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับการบาดเจ็บที่สมองนอนติดเตียง เป็นเวลานานในชุมชน : กรณีศึกษา

Physical therapy in patient with hemiplegia after receiving a traumatic brain injury, lying in bed for a long time in the community : Case study

เบญจรงค์ ศรีสุระ, กก.*

Bencharong Srisura , PT.

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มารับบริการโรงพยาบาลขอนแก่นมีจำนวนสูงขึ้นทุกปี ซึ่งหากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและไม่ได้รับการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพหรือเป็นคนพิการในที่สุด

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับการบาดเจ็บที่สมองนอนติดเตียงเป็นเวลานานในชุมชน และศึกษาผลลัพธ์จากการรักษาทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับการบาดเจ็บที่สมองนอนติดเตียงเป็นเวลานานในชุมชน

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองนอนติดเตียงเป็นเวลานาน (12 ปี) ในชุมชน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการเคลื่อนไหว การสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด ตามแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัด ศึกษาในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง นอนติดเตียงเป็นเวลานานในชุมชนกรณีศึกษารายนี้หลังได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยใช้รถเข็นแบบนั่ง และผลลัพธ์จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีค่าคะแนนจาก 0 เป็น 90 คะแนน การเคลื่อนไหว จาก 0 % เป็น .15 % รวมระยะเวลา การดูแลรักษา 5 ปี 10 เดือน 3 วัน ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด 343 ครั้ง

สรุป : จากผลการศึกษากรณีผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองนอนติดเตียงเป็นเวลานานในชุมชนรายนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหลังจากเป็นผู้ป่วยติดเตียงนานเป็นเวลา 12 ปี จากการฟื้นฟูสภาพสมอง สภาพร่างกาย และจิตใจด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดและการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ จิตอาสา ดูแลคนพิการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

*นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

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

ABSTRACT

The number of traumatic brain injury patients coming to Khon Kaen Hospital is increasing every year. Therefore, if the traumatic brain injury patients do not receive timely treatment and do not receive continuous physical therapy, it will result in patients with disabilities or finally disabled.

Objective : To study case studies of physical therapy in hemiplegic patients. After receiving a brain injury, lying in bed for a long time in the community and to study the results of physical therapy treatment for hemiplegic patients after having brain injury lying in bed for a long time in the community.

Methods : A case study of 1 patient in hemiplegic patients. After a traumatic brain injury sustained in bed for a long time (12 years) in the community, collecting data from medical records assessment form for Activities Daily Living (ADL) movement assessment form In-depth interviews and Physical therapy assessment assessment form according to the concept of physical therapy treatment. The study was conducted between September 2013 and July 2019 and analyzed in descriptive data. The statistics used are percentage values.

Result : A case study of patients with hemiplegia after traumatic brain injury. Lie in bed for a long time after receiving physical therapy, patients can perform daily activities on their own using a sitting wheelchair. And results from assessing the ability to Activities Daily Living of patients with a score from 0 to 90, movement scores from 0% .15%, including the duration of treatment for 5 years 10 months 3 days, receiving physical therapy 343 times.

Conclusion : The results of the study, in the case of hemiplegic patient who have traumatic brain injury in bed for a long time in this community. Able to activities daily living by oneself after being a bed-bed patient for 12 years due to the rehabilitation of the brain, physical and mental conditions through physical therapy and the participation of caregivers multidisciplinary team volunteer care for the disabled and all stakeholders , both government sector and private sector and able to lead a normal life in society.

Keywords : Traumatic Brain Injury , physical therapy .

บทนำ

สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายมนุษย์ เป็นส่วนประกอบหนึ่งของระบบประสาทซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายตลอดจนเป็นศูนย์รวมของความรู้สึกนึกคิด สติปัญญา และความสามารถต่างๆ การบาดเจ็บสมองจึงเป็นภาวะการบาดเจ็บที่รุนแรง คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและเป็นสาเหตุของการ

เกิดความพิการ¹ และสมองเป็นตำแหน่งที่พบว่ามีบาดเจ็บมากที่สุดของการบาดเจ็บทั้งหมด² ปัจจุบันพบว่าการบาดเจ็บสมองยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของประเทศ³ ในแต่ละปีจำนวนผู้บาดเจ็บที่สมองมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคมและตามจำนวนประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นประมาณร้อยละ 66 ⁴



การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) คือการบาดเจ็บของสมองซึ่งเกิดจากการมีแรงกระทำภายนอกมากระทำต่อกะโหลกศีรษะและสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติส่งผลให้เกิดความพิการยังมีผลกระทบต่อการรับรู้สติ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม⁵ ขึ้นอยู่กับการได้รับบาดเจ็บที่แตกต่างกันของแต่ละราย ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้เหมือนเดิม ไปจนถึงการได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงส่งผลให้เกิดความพิการหรือสูญเสียสมรรถภาพ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา เขียวอำพพบว่าผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมองตามมาหลายประการทั้งต่อตัวเองและต่อผู้อื่นได้แก่ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional impairment) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและหลอดเลือดเล็ก ๆ ถูกทำลาย ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติไป⁷ โดยขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด ระยะเวลาของการบาดเจ็บ ทำให้เนื้อสมองถูกทำลายส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านการรู้คิด ความสามารถด้านความรู้สึกตัวลดลง ความสนใจ สมาธิ ความจำ การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสาร การควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมลดลงด้วย⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมักมีภาวะกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน นอนไม่หลับ และอาการอื่น ๆ รวมทั้งอาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจพบได้เช่น กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ อาการชัก สูญเสียการได้ยิน ใบหน้าเป็นอัมพาต ข้อติดแข็ง และผิดปกติด้านการมองเห็นและยังมีการเฉื่อยเมย เฉื่อยชา อารมณ์แปรปรวน พบได้ร้อยละ 38.70 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ในด้านผลกระทบต่อญาติ พบว่าภายหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองเกิดความพิการ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งต้องทำเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ญาติเกิดความเหนื่อยล้า เครียดและหมดหวัง ตามมาด้วยปัญหาสุขภาพเช่นปวดหลัง ปวดเข่า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะทำให้ญาติต้องออกจากงานเพื่อมาดูแล และผู้ป่วยเองก็ต้องออกจากงานเช่นเดียวกัน

จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บสมองนอกจากทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพ เกิดความบกพร่องในด้านความคิด

มีอาการผิดปกติด้านร่างกายโดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการเข้าสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิมทำให้กระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศ ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วย จากสถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้บาดเจ็บ 79,614 ราย เสียชีวิต 4,571 ราย ตามลำดับ¹⁰ สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มารับบริการยังโรงพยาบาลขอนแก่น ในพ.ศ. 2559-2561 จำนวน 2,515, 2,614 และ 3,053 ราย เสียชีวิตจำนวน 214,150 และ 149 รายตามลำดับ¹¹ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 หลังจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากโรงพยาบาลขอนแก่นได้ส่งต่อไปกับคลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์ประสาทโสมร ดูแลต่อเนื่อง และรักษาทางกายภาพบำบัดจำนวน 5 ราย เป็นผู้ป่วยประเภทติดเตียงทั้งหมด ส่วนใหญ่อายุ 15-16 ปี จำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 80 และจำนวน 1 ราย อายุ 38 ปีคิดเป็นร้อยละ 20 พบว่าผู้ดูแลหลักคือบิดาและมารดา ซึ่งก็เช่นเดียวกับผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ที่มีมารดาคอยดูแลแต่ต่างกันว่าผู้ดูแลมีถึงอายุ 80 ปีและผู้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่นอนติดเตียงมาเป็นระยะเวลานานถึง 12 ปี สิ่งทีจุดประกายอยากศึกษาเรื่องนี้คือ “ทำอย่างไรจะช่วยให้ผู้ป่วยรายนี้ช่วยเหลือตัวเองได้ใช้ชีวิตและหาเลี้ยงชีพได้โดยลำพังหากไม่มีมารดาคอยดูแล”

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการฟื้นฟูสภาพของสมอง (Brain recovery) ภายหลังการบาดเจ็บที่สมองเกิดจากปฏิกิริยาการจัดโครงสร้างหรือการงอกใหม่ โดยการจัดโครงสร้างใหม่ของแอกซอนและ เซปราชิตซึ่งเป็นการสร้างการเชื่อมต่อใหม่ของแอกซอนในส่วนที่ไม่ได้รับบาดเจ็บซึ่งอยู่บริเวณใกล้เคียง จากผลการศึกษามากมายสนับสนุนว่าการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกโดยใช้สิ่งกระตุ้นที่มีความหมายและคุ้นเคยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาในฐานะเป็นนักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นผู้มีบทบาท

สำคัญในการพัฒนาทักษะและฟื้นฟูความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยระบบประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ในการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยรายนี้ต้องทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากผู้ป่วยนอนติดเตียงมานาน 12 ปี โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยทางระบบประสาท ผู้ศึกษาจึงต้องการที่จะศึกษาผลของการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยรายนี้เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองนอนติดเตียงเป็นเวลานานในชุมชน และเพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองนอนติดเตียงเป็นเวลานานในชุมชน

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนอนติดเตียงเป็นเวลานาน (12 ปี) ในชุมชน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัดแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินการเคลื่อนไหว Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) เป็นแบบประเมินปัญหาการเคลื่อนไหวแขน ขา และการเคลื่อนไหวพื้นฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในปีค.ศ. 1986 โดยคณะผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาล Jewish Rehabilitation hospital ประเทศแคนาดา¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหวของร่างกายแขน (20 คะแนน) การเคลื่อนไหวของร่างกายขา (20 คะแนน) และการเคลื่อนไหวพื้นฐาน (30 คะแนน) ด้านละ 10 หัวข้อรวมเป็น 30 หัวข้อ เกณฑ์การประเมินในส่วนของการเคลื่อนไหวของร่างกาย แบ่งเป็นระดับ 0-1-2 ส่วนการเคลื่อนไหวพื้นฐานแบ่งเป็นระดับ 0-1-2-3 ตาม

แนวคิดการรักษาทางกายภาพบำบัดโดยศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2556 ถึงเดือน กรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ ค่าร้อยละ

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 56 ปี จากการคัดเลือกโครงการคนขอนแก่นไม่ทอดทิ้งกันของเทศบาลนครขอนแก่น ที่อาศัยในชุมชนชัยณรงค์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สิทธิการรักษาคือ บัตรผู้พิการ มีอาชีพเดิมเป็นสัปเหร่อและซิงการยานยนต์รับจ้าง เมื่อประมาณ เดือนตุลาคม 2544 ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุซิงการยานยนต์ล้มศีรษะกระแทกพื้น ขณะเมาสุรา สลบ หมดสติ มูลินินนำส่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น traumatic brain injury หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอาการอ่อนแรง แขนขาด้้นซ้ายและลำตัว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย แต่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ แพทย์ได้ให้การรักษาโดยทำ craniectomy บริเวณกะโหลกศีรษะซีกขวาและนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 เดือน แพทย์อนุญาตให้กลับไปพักที่บ้าน โดยมีมารดาอายุ 80 ปี เป็นผู้ดูแล ต่อมาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ผู้ป่วยและมารดาได้ย้ายมาอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอโดยมาอาศัยอยู่บ้านญาติและไม่ได้เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2556 ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลขอนแก่นที่ 1 ได้ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด และในวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2556 เป็นวันแรกรับของนักกายภาพบำบัดชุมชน โดยการลงเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลขอนแก่นที่ 1 และอสม.ชุมชนชัยณรงค์ จากการตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิต 138/86 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที รูปร่างสมส่วน 70 กก. good consciousness and cooperation no edema pressure sore บริเวณ greater trochanter ข้างซ้ายขนาดเล็ก flexor spastic pattern Lt. Quadriceps atrophy muscle, Functional mobility tasks: ไม่สามารถทำได้นอนในท่า flexor pattern, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) = 0 คะแนน, muscle



tone: severe spasticity of Upper and lower extremity muscle length Rt. TA tendons tightness, Lt. hamstrings shortening, Lt. hip flexor shortening Lt. finger flexors shortening, Lt. tibialis anterior shortening การเคลื่อนไหวมีค่าคะแนนเป็น 0% ผู้ป่วย ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติการสูบบุหรี่ (10 มวน/วัน) และดื่มสุราจัด (1 แบน/วัน) ปัจจุบันปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ การแพทย์ได้แก่ ยาแก้ชัก ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าเป็นคนใจร้อน หลังจากได้รับอุบัติเหตุกลับมาพักที่บ้านผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้และสิ้นหวัง อยากอยู่เฉยๆ ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ถนัดมือขวา

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านครึ่งตึกครึ่งไม้ 2 ชั้น โดยผู้ป่วยและมารดาอาศัยอยู่ชั้นล่าง หน้าบ้านมีประตูบานเลื่อน พื้นต่างระดับประมาณ 15 เซนติเมตร ภายในห้องพัก มีเตียงนอนสูงประมาณ 60 เซนติเมตร 2 เตียง มี ห้องครัว ประกอบอาหาร และห้องน้ำพื้นคอนกรีต ส้วมเป็นโถแบบนั่งยอง ไม่มีราวจับ

สรุปการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด

ปัญหาที่ 1 ด้านการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากผู้ป่วยนอนติดเตียงเป็นเวลานานถึง 12 ปีและเนื้อสมองได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถนั่งได้นานเนื่องจากปวดศีรษะ

ปัญหาที่ 2 ระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยพบมีอาการเกร็งของแขนและขาข้างซ้าย ทำให้เป็นอุปสรรคในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงและลุกนั่ง เนื่องจากขาดการทำกายภาพบำบัดมานานทำให้สมองขาดการฟื้นฟูสภาพ และยังมีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อเนื่องจากผู้ป่วยนอนติดเตียงเป็นเวลานาน ทำให้มีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ลำตัวและมีการยึดติดแข็งของข้อต่อ

ปัญหาที่ 3 การทำกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแล (มารดา) ที่มีอายุมาก

ปัญหาที่ 4 สภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเช่น ภายในห้องพัก มีเตียงนอนสูงประมาณ 60 เซนติเมตร 2 เตียง มี ห้องครัว ประกอบอาหาร และห้องน้ำพื้นคอนกรีต ส้วมเป็นโถแบบนั่งยอง ไม่มีราวจับ

เป้าหมายของการรักษา

Short term goal

1) Improved gas exchange 2) Improved chest expansion 3) Decreased muscle tone

Long term goal

Improved ADL and able to activities byself แผนการรักษา ได้แก่

1) Breathing exercise for increased blood circulation and relaxation.

2) Positioning for adjusted blood pressure and improved ventilation.

3) Therapeutic exercise for improved muscle power.

4) Passive stretching for normalized muscle tone.

5) Functional and proprioception training for improved ADL

6) Home programme for remembered patient and care giver

การรักษา

1) Breathing exercise 2) Positioning เริ่มจาก 15 องศา แล้วเป็น 30 องศา ค่อยๆเพิ่มเท่าที่ผู้ป่วยไม่ปวดศีรษะจนกว่าจะนั่งได้ตรง 3) Passive stretching พร้อมสอนญาติ 4) Balance training 5) Proprioception training 6) Functional training 7) Home programme การรักษาและผลการรักษาในการศึกษาคั้งได้แบ่งออกเป็น 6 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 ระยะแรกจะเป็นการลงไปเยี่ยมบ้าน ระหว่างวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2556 ถึง 28 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ได้รับการกายภาพบำบัด จำนวน 13 ครั้ง ปัญหาที่พบ คือ การลุกนั่งแล้วปวดศีรษะมาก จึงเน้นการจัดท่าโดยการปรับให้ความชันของหมอนที่หัวเตียงเริ่มที่ 15 องศา ในทำนองแล้วค่อยปรับความชันของหมอนเพิ่มเท่าที่ผู้ป่วยไม่ปวดศีรษะ เพื่อปรับความดันในกะโหลกศีรษะและฝึกหายใจ โดยหายใจเข้า-ออกยาว ที่ผู้ป่วยทำได้สบาย



ให้ปอดขยายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองและลดอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น นั่งได้นานขึ้นและไม่ค่อยปวดศีรษะ จากนั้นได้ประสานทีมศูนย์บริการสาธารณสุขในการจัดการ เพื่อรับ-ส่ง ผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่1 ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ หลังจากนั้นเทศบาลได้มาติดตั้งรีโมท เปิด-ปิดไฟภายในบ้านสำหรับคนพิการ พร้อมกับสอนญาติด้านการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยเพื่อลดอาการแข็งเกร็งและเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและมุมการเคลื่อนไหวของข้อต่อ

ช่วงที่ 2 วันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2557 ถึง 22 ธันวาคม พ.ศ.2557 ทำการฝึกยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อรวมถึงการทรงตัว เนื่องจากปัญหาของระบบประสาททำให้มีอาการเกร็งของแขนขาข้างซ้ายซึ่งเป็นอุปสรรคในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงและการลุกนั่ง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยใส่ Slab (ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ถึง 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2557) โดยให้ถอด Slab เป็นระยะ พบว่าข้อเข่าเหยียดได้มากขึ้น พร้อมกับฝึกการการเคลื่อนย้ายตนเองบนเตียงและการลุกนั่งใช้ และการขึ้นลงรถเข็นสำหรับคนพิการข้างซ้ายด้วยความช่วยเหลือของญาติ

ช่วงที่ 3 วันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2558 ถึง 28 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ฝึกการออกกำลังกายและการทรงตัวและการเพื่อการขึ้นลงรถเข็นผู้ป่วยสามารถขึ้นลงรถเข็นได้ด้วยตนเอง สามารถยืนทรงตัวโดยมีอวกที่ขอบโต๊ะ ได้ประมาณ 20 วินาที

ช่วงที่ 4 วันที่ 4 มกราคม พ.ศ.2559 ถึง 26 ธันวาคม พ.ศ.2559 ปรับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ(มารดา)ได้แก่ทางเข้าบ้าน ห้องครัว ห้องน้ำผู้ป่วยเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ล้างจานซักผ้าได้ด้วยตนเอง เป็นต้น

ช่วงที่ 5 วันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ฝึกการออกกำลังกายโดยการเพิ่มระยะเวลาและความถี่ของการออกกำลังกาย ทำการฝึกอาชีพพาไปศึกษาดูงานที่อำเภออุบลรัตน์และฝึกทำเหรียญรอยทาน โดยมีจิตอาสาครูและคนพิการเป็นผู้ฝึกสอนให้จนสำเร็จ

ช่วงที่ 6 วันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2561 ถึง 24 ธันวาคม

2561 ผู้ป่วยได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมารดาที่ป่วยเป็นโรค มะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายจนเสียชีวิตในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 จากนั้นผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากผู้มีจิตศรัทธาร่วมกันซื้อรถมอเตอร์ไซด์เคลื่อนที่ล้อ และบริษัท โอสถสภาในการสร้างอาชีพการปลูกเห็ด และปัจจุบันผู้ป่วยมีอาชีพและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

สรุป กรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หลังได้รับการบำบัดเจ็บที่สมองนอนติดเตียงเป็นเวลานานรายนี้ หลังจากรับการรักษาทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยใช้รถเข็นแบบนั่งและอยู่โดยลำพังเนื่องจากมารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลเสียชีวิตแล้ว และยังสามารถเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเองผลจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้คะแนนจาก 0 คะแนนเป็น 90 คะแนน ร้อยละการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นจาก 0% เป็น .15% โดยสิ้นสุดการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัด ในวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ.2562 รวมระยะเวลาในการรักษาทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยรายนี้เป็นเวลา 5 ปี 10 เดือน 3 วัน ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการศึกษาค้นคว้าของนักกายภาพบำบัด เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปรักษาผู้ป่วย การร่วมมือร่วมแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลจิตอาสาและอสม. การสนับสนุนจากภาครัฐ เอกชน และผู้มีจิตศรัทธา พลังแห่งความรักที่แม่และลูกมีให้กัน พลังศรัทธาของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อผู้รักษา ทำให้มีพลังกำลังใจในการดูแลตนเองและฝึกปฏิบัติจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองนอนติดเตียงเป็นเวลานาน ส่งผลให้การอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายและลำตัวดีขึ้น ความตึงของกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายลดลง มุมการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการกระตุ้นสมองการฟื้นฟูของสมองซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของ Nativ¹³ พบว่ากระบวนการทางกายภาพบำบัดสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองและมีผลต่อ



การฟื้นตัวในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ต้องกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวให้มีการเคลื่อนไหวที่ใกล้เคียงกับการเคลื่อนไหวปกติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ¹³ และการฟื้นฟูสมองของผู้ป่วยหลังการเกิดพยาธิสภาพขึ้นอยู่กับการประสานงานและการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับหลังเกิดพยาธิสภาพ พบว่าใช้เวลาประมาณ 1-7 ปี¹⁴ การฟื้นสภาพของสมอง (Brain recovery) ภายหลังจากการบาดเจ็บสมองเกิดจากปฏิกิริยาการจัดโครงสร้างหรือการอกใหม่โดยการจัดโครงสร้างใหม่ของแอกซอนและสเปราทิง

ซึ่งเป็นการสร้างการเชื่อมต่อใหม่ ของแอกซอนในส่วนที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอยู่บริเวณใกล้เคียง¹⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาของธีระวัฒน์ นิธิรณรณานนท์และสุกัลยา อมตฉายา ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้ข้อมูลย้อนกลับในการฟื้นฟูความสามารถสำหรับผู้ป่วยทางระบบประสาท กล่าวถึงข้อมูลย้อนกลับมีความสำคัญต่อการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวและควรให้ในระหว่างฝึกและหากผู้ป่วยมีความสามารถต่ำกว่าควรให้ข้อมูลย้อนกลับค่อนข้างบ่อยหรือเพิ่มความถี่ขึ้นเมื่อผู้ป่วยทำได้ดีขึ้นจึงค่อยๆ ลดลงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและปรับปรุงการเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อมและที่สำคัญคือผู้ดูแลหรือญาติมีส่วนทำให้การฟื้นฟูทางกายภาพดีขึ้น¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของวียะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล ได้กล่าวถึงการทำฟื้นฟูร่างกายให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถช่วยเหลือตนเองได้ใกล้เคียงปกติต้องอาศัยเวลานานเป็นปีและความอดทนเพื่อการฟื้นตัวของสมอง ดังนั้นการฝึกปฏิบัติทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลช่วงเวลาสั้นๆ นั้นไม่เพียงพอ การรักษาและฟื้นฟูที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นมาก โดยให้ญาติผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษา
กายภาพบำบัดผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. จัดทำคู่มือและจัดทำสื่อความรู้ทางกายภาพบำบัด
ในการดูแลตนเองที่บ้าน ทันยุคสมัยเพื่อประชาชนเข้าถึง
ได้ง่าย

3. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้นักกายภาพบำบัดผู้ปฏิบัติงาน
เข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้กายภาพบำบัดระบบ
ประสาทศัลยศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. เกษณี คุณคง. ผลของการจัดทำต่อระดับความดันใน
กะโหลกศีรษะและแรงดันกะโหลกศีรษะในผู้ป่วย
บาดเจ็บสมอง: การวิเคราะห์เมตา [วิทยานิพนธ์] .
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
2. Hickey, J.V. The clinical practices of neurological
and neurosurgical nursing . Philadelphia
: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
3. ดวงกมล สุวรรณ. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ.
[วิทยานิพนธ์] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;
2560.
4. Kopits, E. & Cropper, M. Traffic facilities and
economic growth. Accident Analysis and
Prevention, 2005; 37(1): 169-178.
5. ขวัญญา สุคนธมาน. การฟื้นฟูสมองบาดเจ็บ. เวชศาสตร์
ฟื้นฟู. ปีที่ 11 ฉบับที่ 3; 2545; 84-94.
6. อินทรา ทาเอื้อ, เกศรินทร์ อุทัยประสิทธิ์, ปรางทิพย์
ฉายพุทธและบรรพต สิทธินามสุวรรณ. ความสัมพันธ์
ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบ
กระเทือนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
เล็กน้อย. วารสารสหภาพพยาบาล. 2553; 25(2): 39-53.
7. รุ่งนภา เขียวขำ. ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่
สมอง. [บทความวิชาการ] วารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า, 2559; 27(1): 103-111.



8. Fugimoto,S.T.,Longhi,L.,SSaatman,K.E.,Conte,V., Stocchetti,N.,&Mcintosh,T.K.(2004).Motor and cognitive function evaluation following experimental traumatic brain injury. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 2004;28(4):365-378.
9. Hickey,J.V.(2014).The clinical practice of neurological&nursing(7th.).Phyladelphia: Wolters Kluwer Health,2014
10. อัญชลี โสภณและคณะ.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี.วารสารสหพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2560;29(3):126-138.
11. เวชระเปียน กลุ่มงานสารสนเทศ โรงพยาบาลขอนแก่น: 2562.
12. Nativ,A. Brain potentials associated with movement in traumatic brain injury.*Physical Therapy*,1991;71;84-59.
13. สมพร สังข์รัตน์และคณะ.ความน่าเชื่อถือภายในและระหว่างผู้ประเมินในการใช้แบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM). วารสารเทคนิคการแพทย์,2560; 50(1):71-86.
14. อริสรา สุขวัจน์.ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถทำกิจกรรมประจำวันผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีระยะเวลาดำเนินโรคน้อยกว่า 6 เดือนและมากกว่า 6 เดือน ในศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนสุตาสยามบรมราชกุมารี.วารสารพยาบาล,2558; 64(3):62-71.
15. Cope,D.&Hall,K.1982.Head Injury Rehabilitation:Bennafit of Early Intervention. *Arch Phys Med Rehabil*,1982;63(9):433-437.
16. ชีรวัฒน์ นิธิอรธวานนท์และสุกัลยา อมตฉายา. การประยุกต์ใช้ข้อมูลย้อนกลับในการฟื้นฟูความสามารถสำหรับผู้ป่วยระบบประสาท. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*,2560;27(3):82-87
17. วิยะดา ศักดิ์ศรีและสุรัตน์ ธารานุกาฬไพศาล.คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก.กรุงเทพมหานคร : สายสุริยกิจ;2552.