

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปรีดา อารยาวิชานนท์*

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเริ่มตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง โดยระยะแรกจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเป้าหมายพื้นฐานของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด โดยประเด็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะอัมพาตครึ่งซีก ภาวะกลืนน้ำลายไม่คล่อง ภาวะกลืนลำบาก ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะกลืนอาหารไม่ได้ และการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลรักษาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะขึ้นกับความรุนแรงของอาการอ่อนแรง สมรรถภาพทางกาย โรคประจำตัวต่างๆ ภาวะทางสังคม อาชีพ เศรษฐฐานะ ความสามารถในการปรับตัว การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วย ซึ่งการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ นอกจากนี้การดัดแปลงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปโดยง่ายและมีความปลอดภัยมากขึ้น

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูผู้ป่วย

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

บทนำ

เป้าหมายพื้นฐานของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด ซึ่งในการดูแลรักษาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะขึ้นกับความรุนแรงของอาการอ่อนแรง สมรรถภาพทางกาย โรคประจำตัวต่างๆ ภาวะทางสังคม อาชีพ เศรษฐฐานะ ความสามารถในการปรับตัว การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วย

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเริ่มตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง โดยในระยะแรกจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่เคลื่อนไหว นานๆ เช่น ข้อติด แผลกดทับ ภาวะ orthostatic hypotension หรือภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน (deep vein thrombosis) โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันข้อติด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ด้วยตนเองโดยเร็ว รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยพลิกตัว ลุกนั่งบนเตียง และขึ้นลงรถเข็นนั่ง

การประเมินผู้ป่วยเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสำคัญ ทำให้ทราบสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อัมพาตครึ่งซีก ความผิดปกติของการรับรู้ ภาวะกลืนลำบาก ความผิดปกติของการพูดและการสื่อสาร เป็นต้น รวมทั้งสภาพทางครอบครัวและสังคม โรคประจำตัวต่างๆ แนวโน้มพยากรณ์ของโรค และความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ

ผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนั้นจะสำเร็จมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับสภาพและปัจจัยเฉพาะตัวผู้ป่วย โดยมีปัจจัยที่ช่วยบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการฟื้นฟูทั้งปัจจัยที่ส่งผลดีและผลทางลบ ดังนี้ ปัจจัยที่ส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ที่ดี มีการฟื้นตัวของการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงแต่ละมัดภายในเวลา 2-4 สัปดาห์ รวมทั้งการให้การสนับสนุนและการได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวและสังคม

ปัจจัยที่ส่งผลลบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่ในระยะ flaccid นาน กล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนและต้นขาที่อ่อนแรงมีอาการเกร็งมาก ไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ภายในเวลา 1-2 สัปดาห์ มีปัญหาการละเลยร่างกายครึ่งซีกอย่างรุนแรง (severe unilateral neglect) เคยมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีภาวะซึมเศร้า (post stroke depression) และการมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย

เป้าหมายและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นกับความรุนแรงของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อน และโรคประจำตัวของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วโปรแกรมการฟื้นฟูจะครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

1.การวางแผนการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้ดีขึ้นมากที่สุดตามศักยภาพ

2.การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองวิธีการดูแลและฟื้นฟู

3.การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยในการยืน เดิน และการประกอบกิจวัตรประจำวัน

4.การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

5.การเพิ่มสมรรถภาพทั่วไปของร่างกายซึ่งถดถอยจากการไม่เคลื่อนไหวนาน (deconditioning)

6.ให้การปรึกษาปัญหาทางจิตใจและทางสังคมที่เกิดขึ้นตามมา

7.ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมและประกอบอาชีพได้

8.ประเมินการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการฟื้นฟูสภาพ

สภาวะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ฟื้นฟูและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะอัมพาตครึ่งซีก ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง ปัญหาด้านการรับรู้และการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อความหมาย ภาวะกลืนลำบาก ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะกลืนอุจจาระไม่ได้ และการประกอบ

กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.ภาวะอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia/hemiparesis)

ประมาณร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อครึ่งซีกร่างกายหรืออัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยอาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายเพียงบางส่วน (hemiparesis) หรือทั้งหมด (hemiplegia) ซึ่งพบได้ว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่อัมพาตได้ ร่วมกับมีการลดลงหรือสูญเสีย tendon reflexes ในเวลาถัดมาจะมีการเพิ่มขึ้นของ deep tendon reflex และมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งในร่างกายซีกที่อัมพาต โดยเฉพาะการเกร็งของกล้ามเนื้อกลุ่ม flexors และ abductors ของแขน และกลุ่ม extensors และ adductors ของขา

การฟื้นจากการอ่อนแรงจะเกิดขึ้นภายหลังจากเริ่มมีอัมพาตครึ่งซีกแล้วประมาณ 6-33 วัน เริ่มจากมีการทำงานของกล้ามเนื้อเป็นกลุ่มก่อน โดยมีการฟื้นที่กล้ามเนื้อกลุ่ม flexor synergy ก่อน แล้วตามด้วยกลุ่ม extensor synergy ทั้งนี้ การฟื้นตัวของการกำลักรกล้ามเนื้อขาจะมีเกิดขึ้นก่อน และมีการฟื้นตัวที่ดีกว่ากล้ามเนื้อส่วนแขน การฟื้นตัวส่วนใหญ่เกิดภายใน 3 เดือนแรก หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่มีการฟื้นตัวภายหลัง 6 เดือนไปแล้ว และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น อาการเกร็งของกล้ามเนื้อจะค่อยๆ ลดลง แต่ deep tendon reflex ที่ตอบสนองเร็วขึ้นจะยังคง

อยู่ แม้ว่ากำลังของกล้ามเนื้อจะฟื้นจนปกติแล้ว ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อส่วนแขนและมือที่อัมพาต ได้แก่ 1) ความรุนแรงของอาการอ่อนแรงของแขน ถ้าแขนข้างที่อัมพาตไม่มีกำลังของกล้ามเนื้อเหลืออยู่เลย โอกาสการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อจนสามารถใช้งานได้จะน้อยมาก มีเพียงร้อยละ 9 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่านั้นที่สามารถฟื้นตัวจนใช้งานได้ 2) ระยะเวลาที่เริ่มเคลื่อนไหวมือข้างที่อัมพาตได้ พบว่า ถ้าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวมือได้บางส่วนภายใน 4 สัปดาห์แรก มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วย จะมีโอกาสที่กล้ามเนื้อฟื้นตัวจนใช้งานได้

Brunstrom (1966, 1970) และ Sawner (1992) ได้แบ่งขั้นตอนของการฟื้นตัวของระบบควบคุมกล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาต เป็น 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Flaccidity ในระยะนี้กล้ามเนื้อจะไม่มีกำลังและไม่มีแรงดึงตัว

ระยะที่ 2 Spasticity กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงเริ่มมีอาการเกร็ง มีการเคลื่อนไหวแบบ basic synergy ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อที่มี synergy ได้เล็กน้อย

ระยะที่ 3 Voluntary control ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวแขนขาส่วนที่อัมพาตได้มากขึ้น แต่ยังมีการเคลื่อนไหวแบบ synergy อยู่ และกล้ามเนื้อมีอาการเกร็งมากขึ้น

ระยะที่ 4 ผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อที่ไม่อยู่ใน synergy ได้ แต่ synergy patterns ยังคงมีอยู่ ขณะที่กล้ามเนื้อเกร็งลดลง

ระยะที่ 5 ถ้ายังมีการฟื้นตัว ผู้ป่วยจะ

สามารถควบคุมกล้ามเนื้อได้ดีขึ้นและกล้ามเนื้อจะเกร็งลดลงอีก

ระยะที่ 6 อาการเกร็งหายไป ผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไหวข้อต่อแต่ละข้อได้ และประสานการเคลื่อนไหวได้ปกติ

การดูแลรักษาและการฟื้นฟูปัญหาอัมพาตครึ่งซีก แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.1 ระยะอ่อนปวกเปียก (flaccid) ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก โดยความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะน้อยกว่าปกติ พบได้หลังจากสมองได้รับภัยอันตราย โดยที่กล้ามเนื้อจะไม่ทำงานเนื่องจากขาดการสั่งงานจากระบบประสาทส่วนกลาง ในระยะนี้อาจมีปัญหาข้อไหล่หลุด (shoulder subluxation) ได้ง่าย เนื่องจากกล้ามเนื้อและเอ็นต่างๆ ที่หุ้มรอบข้อไม่สามารถยึดหัวกระดูกต้นแขนให้อยู่ในตำแหน่งได้อย่างมั่นคงเมื่อถูกถ่วงดึงด้วยน้ำหนักของแขน การรักษาในระยะนี้จะเน้นในแง่ของการป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันข้อไหล่หลุด และรักษาช่วงพิสัยการเคลื่อนไหวให้อยู่ในภาวะปกติ โดยมีแนวทางดังนี้

1.1.1 การรักษาพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (maintain joint range of motion) ทำโดยวิธีการ passive range of motion (PROM) เป็นการขยับให้ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวเต็มที่ในทุกทิศทางของการเคลื่อนไหวของแต่ละข้ออย่างน้อย 3 ครั้ง วันละ 2 รอบ ในส่วนข้อสะบัก ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อมือ ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้าและข้อนิ้วเท้า การทำ PROM นอกจากเป็นการป้องกันข้อติดที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ยังเป็นการเรียนรู้การ

เคลื่อนไหว (motor relearning) โดยการกระตุ้นการรับรู้สัมผัสของข้อต่อ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังอาจฝึกเคลื่อนไหวด้วยตนเอง โดยอาศัยอุปกรณ์ต่างๆ เช่น skate board ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดัดแปลงทำบนโต๊ะ (รูปที่ 1) ตัว skate ทำจากแผ่นกระดานติดล้อมีสายรัด สามารถเคลื่อนที่ได้ทุกทิศทาง มีความฝืดน้อยหรือไม่มีเลย ผู้ป่วยจะวางแขนข้างที่อ่อนแรงลงบนแผ่นกระดาน จัดท่าให้ข้อมือกระดูกข้อ ใช้แขนข้างปกติช่วยดันให้ skate เคลื่อนไปในทิศทางต่างๆ ขณะที่เคลื่อนไหวจะมีการเหยียดงอศอก หุบและกางข้อไหล่ นอกจากจะเป็นการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของแขนแล้ว ยังเป็นการฝึกการทรงตัวในท่านั่งไปพร้อมกันด้วย

รูปที่ 1 การทำ skate board



1.1.2 การจัดท่า (positioning) เป็นการ จัดท่าในขณะนอนบนเตียง ซึ่งอาจแนะนำญาติให้ทำ โดย 1) จัดให้ผู้ปวยนอนหงาย 2) ศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัวและหนุนหมอน 3) ใช้หมอนรองใต้แขนข้างที่เป็นอัมพาตบริเวณสะบัก

เพื่อป้องกัน scapular retraction 4) จัดให้ศอกเหยียดหรืออเล็กน้อย และข้อมือกระดูกข้อ 5) จากนั้นใช้หมอนรองหรือหนุนขาข้างที่เป็นอัมพาต เพื่อป้องกันข้อสะโพกแบะออก (hip abduct and external rotate) 6) จัดให้เข้าเหยียด ส่วนข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ (neutral) โดยมีแผ่นกระดานหรือหมอนพองไว้เพื่อป้องกันเท้าตก (foot drop)

1.1.3 การพยุง (supporting) คือ การใช้ อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยในการประคองเพื่อป้องกันการหลุดของข้อไหล่ (shoulder subluxation) (รูปที่ 2) หรือจัดทำของมือและแขน โดยใช้ อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ (shoulder sling)

รูปที่ 2 แสดงการหลุดของข้อไหล่ข้างซ้าย



1.2 ระยะเกร็ง (spasticity) ในระยะนี้ กล้ามเนื้อของร่างกายซีกที่มีอาการอ่อนแรงจะมีความตึงตัวมากกว่าปกติ (hypertonic) และมี stretch reflex เร็วขึ้น ทำให้ขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการเกร็งมากจะทำให้ร่างกายอยู่ในท่าที่มีความผิดปกติ ได้แก่ scapular retraction, shoulder adduction and internal rotation, forearm pronation, wrist flexion

and ulnar deviation, knee extension, ankle dorsiflexion and inversion

การรักษาฟื้นฟูในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อติดหรือ contracture ของกล้ามเนื้อและเอ็น เพื่อเรียนรู้การเคลื่อนไหวและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ถูกตัด ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นและสามารถทำงานได้

เทคนิคที่ใช้ในการรักษาในระยะ spastic จะใช้การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง การขยับข้อต่อ การฝึกการทรงตัว การควบคุมท่าทางรวมกับการใช้เทคนิคทาง neurophysiological ต่างๆ เพื่อการกระตุ้นการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ เช่น sensory stimulation เทคนิคของ Bobath's เทคนิคของ Bronnstrom และเทคนิคทาง proprioceptive neuromuscular facilitation เป็นต้น

1.3 ระยะฟื้นตัว (recovery) ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมการเคลื่อนไหวได้ กล้ามเนื้อทำงานประสานกันได้ดีขึ้น แต่ทักษะการเคลื่อนไหวต่างๆ ยังไม่ดีพอ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีการฟื้นตัวเลย เช่น มีอาการอ่อนปวกเปียกตลอด หรือบางรายอาจอยู่ในระยะเกร็งเป็นเวลานาน จนทำให้ไม่มีโอกาสฟื้นตัวเช่นกัน

การรักษาในระยะนี้เป็นการเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวของแขนขา ฝึกการทำงานของมือและควบคุมอาการเกร็งที่ลดลงแล้ว โดยการจัดทำท่าทางการเคลื่อนไหวเพื่อไม่ให้อาการเกร็งเพิ่มกลับมาอีก การรักษาในระยะนี้จะคาบเกี่ยวกันมาก

กับการรักษาในระยะเกร็ง การเคลื่อนไหวที่ฝึกในระยะนี้เน้นการเคลื่อนไหวในทิศทางต่างๆ ร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร หวีผม ล้างหน้า ฝึกกลืน ฝึกยืนและเดินด้วยตัวเอง

การฝึกการเคลื่อนไหวและการทำงานของแขนและมือ เริ่มจากฝึกทำกิจกรรมที่ใช้สองมือร่วมกัน (bilateral activity) ให้มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เพื่อเพิ่มทักษะและความคล่องตัว ไม่ควรเน้นกิจกรรมที่ต้องออกแรงต้านมากๆ และควรเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวโดยอัตโนมัติ เช่น ตามจังหวะดนตรี โดยมีแนวทางการฝึกดังนี้

1.3.1 การเคลื่อนไหวแขน ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนไปข้างหน้าตั้งฉากกับลำตัว เกร็งค้างไว้ ผู้บำบัดรักษาเคาะเบาๆ บริเวณกล้ามเนื้อ deltoid แล้วเริ่มให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อไหล่ในช่วงสั้นๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น การช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อ triceps จะทำให้การเหยียดข้อศอกดีขึ้นด้วย

1.3.2 การให้ผู้ป่วยออกแรงผลักสิ่งของหรือผนังห้อง เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อ serratus anterior ให้ยืดออกและทำงานได้ดีขึ้น

1.3.3 การคว่ำหามือ โดยหามือขณะข้อศอกงอ และคว่ำมือขณะศอกเหยียด เสริมด้วยกิจกรรมที่ช่วยหามือคว่ำมือ เช่น หยิบลูกบาศก์ในทิศทางต่างๆ ชันสกรู หมุนฝาขวด ปิดฝาขวด เป็นต้น

1.3.4 การกระดกข้อมือโดยให้ผู้ป่วยเกร็งค้างไว้ ฝึกให้ผู้ป่วยกำมือขณะกระดกข้อมือและเหยียดศอก เกร็งค้างไว้ในท่านั้นแล้วเหยียดนิ้ว

มือออก ทำซ้ำๆ ร่วมกับฝึกการกางนิ้วหัวแม่มือ การกำมือและการใช้นิ้วมือหยิบจับในท่าต่างๆ

ในทางปฏิบัติแล้วนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดมีส่วนสำคัญในการฝึกผู้ป่วยเพื่อให้มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อที่อัมพาต โดยใช้วิธีการฝึกแบบดั้งเดิม เช่น การจัดท่า การออกกำลังกาย เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ เป็นต้น รวมทั้งวิธีการฝึกแบบใหม่ซึ่งมีหลักการกระตุ้นให้เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อที่แตกต่างกันไป ได้แก่ วิธี proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF), Bobath's technique, Brunstrom approach, และ sensorimotor approach (Rood)

2.ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง (spasticity)

อาการกล้ามเนื้อเกร็งที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อแขนกลุ่ม flexor synergy และกล้ามเนื้อขา กลุ่ม extensor synergy อาการกล้ามเนื้อเกร็งจะเกิดเวลาเคลื่อนไหวข้อต่อที่กล้ามเนื้อเกาะอยู่แบบ passive กล้ามเนื้อจะเกร็งหรือมีแรงต้านมากขึ้นถ้าเคลื่อนไหวในความเร็วที่มากขึ้น นอกจากนี้ถ้ามีสิ่งเร้าที่เป็นอันตรายมากระตุ้นร่างกายส่วนที่อัมพาต อาการกล้ามเนื้อเกร็งก็จะมากขึ้น

การรักษาหลายวิธี ขึ้นกับความรุนแรงของอาการเกร็ง การรบกวนต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการใช้ประโยชน์จากอาการกล้ามเนื้อเกร็งที่เกิดขึ้น เช่น ช่วยในการยืนหรือเดิน วิธีการรักษาอาการกล้ามเนื้อเกร็งมีดังนี้

2.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การยืดกล้ามเนื้อที่เกร็ง (stretching program) การใช้กายอุปกรณ์เสริม (orthosis) การใช้เฝือกปูน (serial casting) เพื่อยืดกล้ามเนื้อที่เกร็ง การใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้น (electrical stimulation) และการประคบด้วยความเย็น

2.2 การใช้ยาลดเกร็ง ได้แก่ ยากลุ่ม benzodiazepins, baclofen, dantrolene, alpha agonist และ tizanidine ซึ่งการใช้ยาเหล่านี้ในผู้ป่วย stroke อาจต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาร่วมด้วย

2.3 การฉีดยาเพื่อลดอาการเกร็ง ได้แก่ 1) Botulinum toxin มักใช้ฉีดเพื่อลดอาการเกร็งในกล้ามเนื้อมัดเล็กบริเวณแขนและขา เช่น กล้ามเนื้อ brachioradialis, wrist flexors, finger flexors ที่แขน และกล้ามเนื้อ toe flexors, ankle invertors ที่ขา แต่ก็เป็นยาที่ยังมีราคาแพง 2) Phenol เป็นยาที่มีราคาถูกกว่า ใช้ฉีดเพื่อลดอาการเกร็งในกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น hip adductors, hip extensors, biceps เป็นต้น

2.4 Intrathecal baclofen มีราคาแพงมาก และยังมีประสบการณ์การใช้จำกัดในการใช้เพื่อลดกล้ามเนื้อเกร็งในประเทศไทย

2.5 การผ่าตัดเพื่อลดอาการเกร็ง เช่น myotomy, tendon lengthening เป็นต้น มีการใช้รักษาอาการเกร็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อย มักใช้รักษาเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงาน ลดอาการปวด และเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขอนามัย

3.ปัญหาด้านการรับรู้และการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ที่พบในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้แก่

3.1 ความผิดปกติของการรับรู้ body image และ body scheme คือ การรับรู้เกี่ยวกับภาพพจน์หรือหน้าที่ของร่างกายทั้งในระดับจิตรู้สึกนึกและจิตใต้สำนึก การรับรู้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย (body image) และการรู้จักชื่อตำแหน่งและความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ของร่างกาย (body scheme) ซึ่งความผิดปกติในด้าน body image และ body scheme จะทำให้เกิดปัญหาดังนี้

3.1.1 Somatognosia หมายถึง การสูญเสียการรับรู้โครงสร้างของร่างกาย บอกชื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่ได้ ไม่รู้ถึงความสัมพันธ์ของอวัยวะแต่ละส่วน สามารถทดสอบผู้ป่วยได้โดยการให้ชี้บอกส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรือให้วาดรูป/ต่อรูปภาพคน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนี้จะไม่สามารถทำได้ วิธีการรักษาจะใช้วิธีกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ใหม่โดยใช้มือสองข้างทำงานร่วมกัน เช่น ใส่เสื้อผ้า สัมผัสส่วนต่างของร่างกายพร้อมกับบอกชื่อ หรือนำกิจกรรมต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการรักษา เช่น การต่อรูปภาพคน เป็นต้น

3.1.2 Unilateral neglect หมายถึง การละเลยร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถผสมผสานการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายซีกที่เป็นอัมพาตโดยเฉพาะซีกซ้าย อาจพบร่วมกับการมีความผิดปกติด้านสายตา เช่น hemianopsia ทดสอบได้โดยการให้ผู้ป่วยวาดภาพคนหรือหน้าฬิกา

ผู้ป่วยจะวาดเพียงครึ่งซีกอีกส่วนหนึ่งจะขาดหายไป การรักษาจะกระตุ้นในผู้ป่วยสัมผัสร่างกายซีกที่เป็นโดยใช้ผ้าหรือแปรงนุ่มๆ หรือนำเอากิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวข้ามแนวกลางลำตัวมาใช้ เช่น หยิบ peg board ใส่ตะกร้า, skate board, ใช้กระจกช่วยส่องในขณะแต่งตัว เป็นต้น

3.1.3 Anosognosia เป็นการละเลยร่างกายซีกที่เป็นอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะปฏิเสธไม่สนใจร่างกายของตนเองเลย

3.1.4 Right / Left discrimination ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจหรือแยกความแตกต่างระหว่างข้างซ้ายและขวาได้

3.2 Figure ground หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะวัตถุออกจากกลุ่มภาพหรือกลุ่มวัตถุอื่นๆ ที่อยู่เบื้องหลังได้ ทดสอบได้โดยให้ผู้ป่วยหยิบสิ่งของออกจากของหลายๆ ชิ้นที่อยู่รวมกัน หรือให้แยกรูปภาพที่วางซ้อนกันอยู่ การรักษาโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยแยกวัตถุออกมาจากกลุ่มที่มีวัตถุรวมกันอยู่หลายๆ ชนิด

3.3 Form constancy เมื่อมีความผิดปกติ ผู้ป่วยจะจำวัตถุที่คุ้นเคยไม่ได้เมื่อวัตถุนั้นมีขนาดรูปร่างหรือสีผิดไป หรือเมื่อวางผิดลักษณะ เช่น เมื่อเอากานวางคว่ำไว้ จะจำไม่ได้ หรือเกิดความสับสนในการแยกระหว่างเหยือกน้ำกับกระโถนปัสสาวะ การรักษาโดยให้กิจกรรมเลือกจับคู่ของที่มีรูปร่างเหมือนกัน การแยกเสื้อผ้าที่กองรวมกัน เช่น เสื้อแขนยาว กางเกงขาสั้น และการแยกตัวอักษรตัวใหญ่และตัวเล็ก (A – a) รวมทั้งการนำเอารูปทรงต่างๆ มาให้รู้จัก เป็นต้น

3.4 Position in space เป็นความสามารถในการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุต่อวัตถุ หรือวัตถุกับตัวเอง ถ้ามีปัญหาผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุ เช่น อยู่บน ล่าง ซ้าย หรือขวา อาจฝึกผู้ป่วยโดยการใช้ลูกบาศก์วางบนโต๊ะ 1 อัน แล้วให้ผู้ป่วยนำเอาลูกบาศก์อีกอันวางไว้ในตำแหน่งต่างๆ เช่น วางต่อข้างบน ข้างซ้าย ข้างขวา เป็นต้น

3.5 Spatial relations เป็นการรับรู้ทางสายตาที่สามารถรับรู้ถึงตำแหน่งของวัตถุ 2-3 สิ่งที่สัมพันธ์กับสิ่งอื่นหรือตัวเอง หรือสามารถเติมส่วนของภาพที่ขาดหายไปได้อย่างถูกต้อง การรักษาโดยให้ผู้ป่วยวางแท่งไม้เลียนแบบจากผู้รักษา การต่อจุดหรือลากเส้นจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง การต่อรูปภาพ การวาดรูป 3 มิติ เป็นต้น

3.6 Apraxia ผู้ป่วยไม่สามารถจะเลียนแบบการกระทำ การเคลื่อนไหวต่างๆ ได้ ทดสอบโดยการให้ผู้ป่วยคว่ำหามือสลับกันตามผู้บําบัด การต่อ block เป็นรูปร่างต่างๆ แล้วให้ผู้ป่วยทำตาม หรือให้ผู้ป่วยฝึกใส่เสื้อผ้า โดยอาจทำสัญลักษณ์เพื่อป้องกันการสับสน เช่น ดินสอที่กระดุมเป็นคู่ๆ หรือฝึกการเคลื่อนไหวง่ายๆ เลียนแบบตามผู้รักษาทีละขั้นตอน แล้วค่อยเพิ่มความซับซ้อนมากขึ้น

3.7 Agnosia หมายถึง การสูญเสียความจำเกี่ยวกับวัตถุ หรือการเสียความจำวัตถุเมื่อใช้การคลำหรือสัมผัส แม้ว่าจะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ สามารถฝึกได้โดยการนำเอาสิ่งของในชีวิตประจำวันหรือสิ่งใกล้

ตัวมาอธิบายและฝึกการทำก่อน หรือใช้หลักการ sensory integration มากระตุ้น โดยใช้แรงกดบริเวณฝ่ามือสัมผัสพื้นผิวต่างๆ ที่มีความหยาบต่างกัน หรือปิดตาคลำสิ่งของแล้วบอกชื่อสิ่งของที่คลำ

4. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อความหมาย (aphasia)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีความผิดปกติของการใช้ภาษาและการสื่อความหมาย เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง โดยอาจพบลักษณะได้หลายลักษณะ ได้แก่ การรับรู้ความหมายของคำพูดที่ได้ยินผิดปกติ ความผิดปกติของการพูด เช่น พูดคำที่ไม่มีความหมาย พูดไม่ได้ หรือเรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความผิดปกติของการอ่าน การเขียน และการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง

ปัญหา aphasia แบ่งได้หลายชนิดขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่สมองซึ่งจะสัมพันธ์กับชนิดของ aphasia เช่น พยาธิสภาพที่ posterior-inferior frontal lobe ของ dominant hemisphere จะทำให้เกิด Broca's aphasia (motor aphasia) ผู้ป่วยจะสามารถความเข้าใจคำพูดที่ได้ยิน แต่ไม่สามารถพูดออกเสียงได้

การฟื้นตัวจากภาวะ aphasia จะเกิดขึ้นเร็วในช่วง 2-3 เดือนแรก หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแต่การฟื้นตัวจะเกิดขึ้นน้อยลงภายหลังจาก 6 เดือนไปแล้ว การดูแลรักษาปัญหา aphasia สามารถใช้การรักษาทางอรรถบำบัดโดยนักอรรถบำบัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความหมายของคำพูดและพูดออกเสียงได้ดีขึ้น

5.ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia)

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 30-45 พบบ่อยในผู้ป่วยที่เกิดพยาธิสภาพบริเวณก้านสมอง และผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทั้ง 2 ซีกของสมองจะมีภาวะกลืนลำบากมากกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกเดียว

ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจะมีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร ซึ่งอาจสังเกตได้จากผู้ป่วยที่มีอาการไอภายหลังการกลืนน้ำหรืออาหาร มีเสียงพุดผิดปกติหรือพุดไม่ชัด มีความผิดปกติของ gag reflex และมีเสียงเปลี่ยนไปภายหลังการกลืนน้ำหรืออาหาร การสำลักอาหารในผู้ป่วยที่กลืนลำบากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

การดูแลรักษาภาวะกลืนลำบากและการป้องกันการสำลักทำได้โดยการฝึกกลืน ซึ่งให้การรักษานักกิจกรรมบำบัด ขณะที่ฝึกผู้ป่วยต้องมีความรู้สึกตัวดี สามารถนั่งทรงตัวได้ในขณะที่ฝึกการกลืน อาจใช้วิธีก้มศีรษะลงขณะกลืน (chin tuck) และให้ผู้ป่วยหันหน้าไปทางข้างที่อัมพาตเพื่อป้องกันการสำลัก

การฟื้นฟูจากภาวะกลืนลำบากนั้น มีการศึกษาของ Gresham (1990) พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีความสามารถทานอาหารได้ในขณะที่ออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ Logemann (1991) รายงานว่าการฟื้นฟูตัวจากภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ก้านสมองจะเกิดภายใน 3 สัปดาห์แรกภายหลังการเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง

6.ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (uninhibited bladder)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้จะพบว่ามีปัสสาวะราดเมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะ แต่ไม่มีปัญหาปัสสาวะเหลือค้างภายหลังจากปัสสาวะออกไปแล้ว อุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้ประมาณร้อยละ 5-70 และภายหลังการเกิดโรค 6 เดือนไปแล้ว อุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้จะลดเหลือร้อยละ 15 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรทั่วไปในช่วงอายุเดียวกันที่ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลรักษาปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้สามารถทำได้โดยการจำกัดปริมาณน้ำดื่มที่ได้รับต่อวัน และแบ่งให้ดื่มเป็นเวลา กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะเป็นเวลาโดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยปวดปัสสาวะ ให้การรักษาภาวะที่อาจกระตุ้นให้ปัสสาวะราดมากขึ้น เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาปัสสาวะราดและวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาปัสสาวะราดลดลง แต่ถ้ายังมีปัญหาอยู่อาจพิจารณาให้ยากกลุ่ม anticholinergic เช่น oxybutynine HCL ในขนาดต่ำ

7.ภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ (uninhibited bowel)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหานี้เมื่อมีอาการปวดอุจจาระจะกลั้นอุจจาระไม่ได้ พบ

อุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 31 ของผู้ป่วย ปัญหาส่วนใหญ่จะหายภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอุจจาระราดอาจเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในทางเดินอาหาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปขับถ่ายในห้องน้ำ และปัญหาการสื่อสารของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถบอกผู้ดูแลได้ว่ามีอาการปวดอุจจาระ

การดูแลรักษา ทำได้โดยให้การรักษาระยะที่เป็นสาเหตุ เช่น การติดเชื้อทางเดินอาหาร กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ฝึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องน้ำและฝึกการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่มีกากและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ อาจใช้เทคนิคการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ให้อาหารย่อยอ่อนๆ เพื่อให้อุจจาระนุ่ม ใช้น้ำเหน็บหรือสบู่เหน็บทวาร

8. ปัญหาการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจวัตรประจำวัน หมายถึงกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงตอนเข้านอน การพลิกตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดิน การทำสุขอนามัยส่วนบุคคล รวมทั้งการรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน แต่งหน้า ใส่เสื้อผ้า ดูแลทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

หลักการทั่วไปในการฝึกกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

8.1 ก่อนให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมใดๆ ผู้บำบัดควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจจุดประสงค์ในการฝึก ควรบอกขั้นตอนต่อไปในการฝึกของแต่ละ

กิจกรรม การแนะนำการฝึกนอกจากการพูดด้วยวาจาแล้ว การดูภาพจากเอกสารแผ่นพับหรือ VDO อาจจำเป็น เพราะผู้ป่วยและญาติอาจหลงลืมได้

8.2 ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การรับรู้ การสื่อสาร ดังนั้นผู้บำบัดต้องเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยเพื่อง่ายต่อการนำหลักการและวิธีการต่างๆ มาฝึกผู้ป่วย

8.3 การช่วยเหลือของผู้บำบัดควรกระทำเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ช่วยเหลือตัวเองในแต่ละขั้นตอน

8.4 กิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมที่มีขั้นตอนต่อเนื่องกัน สัมพันธ์กันในแต่ละขั้นตอน หากผู้ป่วยทำกิจกรรมขั้นแรกๆ ได้ไม่ดี จะมีความลำบากในการฝึกทำกิจกรรมขั้นต่อไป

8.5 เทคนิคและวิธีการในฝึกกิจวัตรประจำวันมีหลากหลาย ต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน

การฝึกการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร (eating) 2) การดูแลสุขอนามัย (hygiene & grooming) 3) การแต่งกาย (dressing) 4) การใช้ห้องน้ำ การขับถ่าย (toileting) 5) การเคลื่อนไหวตัวบนเตียง (bed mobility) 6) การเคลื่อนย้ายตัว (transfer) 7) การเคลื่อนที่ เช่น การเดิน การใช้รถเข็น

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะร่วมกันประเมินและตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้

ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วย โปรแกรมการฝึกนั้นระยะแรกทางนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดจะเน้นการฝึกเพื่อควบคุมและเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงก่อน โดยนักกิจกรรมบำบัดจะเน้นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานแขนข้างที่อ่อนแรงให้ได้ดีขึ้น และฝึกให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหาร ดูแลสุขอนามัย แต่งกาย และการทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเอง ในกรณีที่แขนข้างที่ถนัดมีอาการอ่อนแรงและยังไม่สามารถใช้งานได้ อาจต้องฝึกให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ดีทำกิจวัตรประจำวันแทน

ส่วนนักกายภาพบำบัดจะเน้นในการฝึกและกระตุ้นให้กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงมีกำลังมากขึ้น และผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ดีขึ้น ฝึกการพลิกตัว ลุกนั่งบนเตียง การทรงตัวในท่านั่ง การลุกยืน การทรงตัวในท่านอนและการเดิน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงหรือมีความผิดปกติทางระบบประสาทมากจนไม่สามารถฝึกการยืนและเดินได้ ทางนักกายภาพบำบัดจะฝึกให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปรถเข็น และฝึกการใช้รถเข็นนั่งแทนการฝึกเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย (spatial orientation) และความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ของผู้ป่วย (cognitive function) โดยทั่วไป ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการทรงตัวจะสามารถเดินได้ช้าและมีเขา

เหยียดแข็งตรงในช่วงจังหวะการก้าวเดิน ผู้ป่วยจะไม่สามารถปรับการเดินบนทางไม่เรียบได้ เนื่องจากระยะเวลาของการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อในระหว่างการเดินผิดปกติ

การฝึกเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปจะฝึกให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นทางเดิน ซึ่งมีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยยอมลงน้ำหนักที่ขาข้างอ่อนแรงเนื่องจากกลัวหกล้ม ในปัจจุบันมีการใช้เครื่องมือ body weight supported treadmill มาช่วยในการฝึกเดิน เครื่องมือนี้จะประกอบไปด้วยลู่วิ่งเดินและเครื่องพยุงน้ำหนัก ซึ่งจะช่วยลดการลงน้ำหนักตัวบนขาข้างที่อ่อนแรงได้ถึงร้อยละ 40 ช่วยให้อาการก้าวเดินดีขึ้น ในผู้ป่วยที่อ่อนแรงแมกอาจต้องให้นักกายภาพบำบัดช่วยจัดวางตำแหน่งของขาที่อ่อนแรงตามจังหวะการก้าวเดิน และควบคุมสะโพกของผู้ป่วยไม่ให้เอียงไปทางด้านข้าง เมื่อผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้นและไม่ต้องให้นักกายภาพบำบัดช่วยแล้ว ก็จะค่อยๆ ลดการพยุงน้ำหนักลงและเพิ่มความเร็วของลู่วิ่งเดินขึ้น ผู้ป่วยที่ฝึกด้วยเครื่องมือนี้จะเดินได้ในความเร็วที่มากกว่า มีการทรงตัวที่ดีกว่า และมีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อที่ดีกว่าการฝึกเดินบนพื้นปกติ แต่การฝึกเดินด้วยเครื่องมือนี้ก็มีข้อจำกัดที่ต้องให้นักกายภาพบำบัดช่วยในระหว่างการฝึก 2 คน

การประเมินและการดัดแปลงสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

สภาพบ้านในที่นี้ หมายถึง สภาพของที่อยู่อาศัยทั้งบริเวณภายในและภายนอกอาคาร การประเมินสภาพบ้านจำเป็นต้องอาศัยข้อมูล

เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและญาติร่วมกันไปด้วยเพื่อใช้ประกอบการประเมิน และเพื่อให้คำแนะนำในการออกแบบ ดัดแปลงสภาพบ้าน ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการดัดแปลงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปโดยง่ายและมีความปลอดภัยมากขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องพิจารณาในแต่ละส่วนของบ้าน ดังนี้

1.ทางเข้าสู่ตัวอาคาร บริเวณที่ยกระดับสูงจากพื้นหรือมีบันไดหลายชั้นต้องจัดให้มีทางลาดสำหรับผู้ใช้เก้าอี้ล้อเข็น โดยทางลาดที่เหมาะสมควรมีความชันไม่เกิน 5 องศา หรือความสูงต่อความยาวไม่น้อยกว่า 1 ต่อ 12 ความกว้างของทางลาดควรมากกว่า 90 เซนติเมตร สำหรับเดินทางเดียว พื้นทางลาดควรออกแบบให้มีขั้นกันลื่น ถ้าทางลาดมีความสูงเกิน 15 เซนติเมตร ต้องทำราวเกาะกันไว้ทั้ง 2 ข้าง ในกรณีที่ทางลาดยาวเกิน 10 เมตรขึ้นไป หรือมีทางลงสู่ถนนโดยตรง ต้องออกแบบให้มีที่พักหรือทำแบบหักมุม และที่พักบริเวณก่อนขึ้นลงทางลาดควรมีพื้นที่อย่างน้อย 1.5 x 1.5 ตารางเมตร

2.บันได ต้องไม่ชันมากเกินไป ขนาดขั้นบันไดที่เหมาะสมคือ สูง 14 เซนติเมตร และกว้าง 32 เซนติเมตร บันไดต้องมีราวเกาะทั้ง 2 ข้าง ความสูงของราวเกาะที่เหมาะสมคือ ประมาณ 90 เซนติเมตร สำหรับผู้ใหญ่ และ 75 เซนติเมตร สำหรับเด็ก ขนาดของราวเกาะควรมีเส้นผ่าศูนย์กลางระหว่าง 1.25 ถึง 5 เซนติเมตร และมีผิวไม่ลื่นเพื่อให้จับได้อย่างมั่นคง

3.ประตู ควรกว้างไม่น้อยกว่า 81.5 เซนติเมตร หรือกว้างมากกว่าความกว้างของเก้าอี้ล้อเข็น การเปิด-ปิดประตูต้องทำได้โดยง่าย โดยทั่วไปประตูแบบเปิดออกจะสะดวกกว่าแบบเปิดเข้า การใช้ประตูแบบเลื่อนเปิด-ปิดโดยเฉพาะแบบเปิด-ปิดอัตโนมัติจะสะดวกต่อผู้พิการมากที่สุด และไม่ควรให้มีธรณีประตู แต่ถ้ามีความสูงก็ไม่ควรเกิน 1.3 เซนติเมตร

4.พื้นภายในตัวอาคาร ควรมีระดับเดียวกันตลอดทั้งชั้นและไม่ลื่น ถ้าต่างระดับกันควรจัดให้มีทางลาด

5.ทางเดิน ควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 91.5 เซนติเมตร ถ้าต้องการให้เก้าอี้ล้อเข็นสามารถเข็นสวนทางกันได้ (เช่น ภายในโรงพยาบาล) ควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.52 เมตร พื้นทางเดินควรเป็นพื้นเรียบแต่ไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวาง

6.อุปกรณ์และเครื่องใช้ภายในบ้าน เติงควรมีความสูงเท่ากับความสูงของที่นั่งเก้าอี้ล้อเข็นหรือสูงประมาณ 48-52 เซนติเมตร โต๊ะหรือเคาน์เตอร์ควรสูงประมาณ 76-85 เซนติเมตร หรือสูงกว่าที่พักแขนของเก้าอี้ล้อเข็นเล็กน้อย ชั้นวางของ สวิตช์ไฟ โทรศัพท์ ต้องมีความสูงพอเหมาะที่ผู้ใช้เก้าอี้ล้อเข็นเอื้อมถึง หรือประมาณ 38-120 เซนติเมตร การจัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้านควรจัดให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ และมีพื้นที่พอสำหรับการเข็นล้อผ่านเข้าออก (กว้างมากกว่า 91.5 เซนติเมตร) หรือการเลี้ยวกลับเก้าอี้ล้อเข็น (มากกว่า 1.5 x 1.5 ตารางเมตร)

7.ห้องน้ำ ควรมีพื้นที่กว้างพอที่เก้าอี้ล้อ

เข็นเข้าไปได้ (มากกว่า 1.5 x 1.5 ตารางเมตร) ประตูทางเข้ากว้างตั้งแต่ 81.5 เซนติเมตร ขึ้นไป และจัดให้มีราวเกาะติดผนังทั้งด้านหน้าและด้านหลังสำหรับให้ผู้พิการใช้เกาะพยุงตัว ความสูงของราวเกาะที่เหมาะสมคือประมาณ 85-90 เซนติเมตร และยาวไม่น้อยกว่า 1 เมตร ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของราวเกาะที่เหมาะสมประมาณ 3.2-5.1 เซนติเมตร และควรติดให้ยื่นห่างจากผนังมากกว่า 3.8 เซนติเมตร เพื่อให้สามารถสอดนิ้วมือเข้าไปกำราวได้สะดวก โถส้วมควรเป็นแบบชักโครกนั่งห้อยขาแทนแบบนั่งยองๆ หรืออาจใช้เก้าอี้ที่นั่งถ่าย (commode chair) ช่วย ความสูงที่เหมาะสมของโถส้วมจะอยู่ที่ประมาณ 43-48 เซนติเมตร อ่างล้างหน้าควรสูงประมาณ 68.5-91.5 เซนติเมตร และมีที่ว่างด้านล่างพอให้ผู้ใช้อื้ลื้อเข็นจะสอดขาเข้าไปได้ (อย่างต่ำ 43 เซนติเมตร)

สรุป

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองสามารถพึ่งตนเองในชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพ ป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวและนอนนาน เช่น ข้อติด แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น ตลอดจนดูแลรักษาปัญหาต่างๆ ที่ตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความผิดปกติของการพูดและการสื่อสาร ความหมาย ภาวะกลืนลำบาก และปัญหาการกลืนเนื้อแข็ง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวสังคมได้โดยเป็นภาระต่อ

ครอบครัวน้อยที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บรรณานุกรม

1. มยุรี เทพอักษร. กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไอดีเอ็นเอสโตร; 2532.
2. อรรถธร โตทยานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: เสก อักษรานุเคราะห์ และคณะ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค; 2539. หน้า 537-71.
3. Anderson TP. Rehabilitation with complete stroke. In: Kottke FJ, Lehmann JF, eds. Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunder; 1990. p. 656-76.
4. Brammer CM, Herring GM. Stroke rehabilitation. In: Brammer CM, Spires MC. Manual of physical medicine and rehabilitation. Philadelphia: Hanley and Belfus; 2002. p. 139-66.
5. Brandstater ME. Stroke rehabilitation. In: Delisa JA, Gans BM. Rehabilitation medicine principles and practice. 4rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2005. p. 1655-76.
6. Stein J, Brandstater ME. Stroke rehabilitation. In: Frontera WR, Delisa JA, Gans BM. Rehabilitation medicine principles and practice. 5th ed. Phila-

- delphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 551-74.
7. Harvey RL, Roth EJ, Yu DT, Celnick P. Stroke syndromes. In: Braddom RL, eds. Physical medicine and rehabilitation. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p. 1177-222.
 8. Sandin KJ, Mason KD. Manual of stroke rehabilitation. Boston: Butterworth-Heinemann; 1996.
 9. Zorowitz R, Baerga E, Cuccurullo S. Stroke. In: Cuccurullo S. Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical; 2002. p. 1-46.
 10. Quinn TJ, Paolucci S, Sunnerhagen KS, et al. Evidence- based stroke rehabilitation: an expended guidance document from the european stroke organization (ESO) guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008. J Rehabil Med 2009; 41: 99-111.
 11. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. Stroke 2016; 47: e1-e67.

Rehabilitation of Stroke Patient

*Preeda Arayawichanont**

Abstract

Rehabilitation of patients with stroke can begin in the acute phase when patients had neuropathy and vital signs were stable at least 48 hours. The first phase focuses on the prevention of complications. The basic goals of rehabilitation were to enable patients to help themselves as much as possible and to be minimal burden on relatives or caregivers. Main issues for patients included hemiplegia, muscular contraction, difficulty on perception and learning, language disorders and interpreting, dysphagia, urinary and fecal incontinence, and incapability of daily activities. The treatment of rehabilitation depended on the severity of weakness, physical fitness, underlying diseases, social status, occupations, economic status, ability to adapt, perception and learning of patients. The correct and appropriate rehabilitation of patients with stroke enabled patients to help themselves, to live back in society with good quality of life. In addition, home and environmental modifications were important to keep the patient's lifestyle easy and safe as possible.

Keywords : stroke, rehabilitation

* Assistant Professor. Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Khonkaen University.