

# การบริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

นิกกานต์ ตันอุ่นเดช\*

## บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้น้อยลง ก่อให้เกิดความพิการตามมา ส่งผลให้ต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพรวมทั้งจากนักกายภาพบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพจะทำได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลการให้บริการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากระเบียบรับผู้ป่วยที่มารับการบริการทางกายภาพบำบัดระหว่างเดือนตุลาคม 2548-กันยายน 2549 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมารับบริการทั้งหมด 841 ราย อายุเฉลี่ย 63.7๓15.8 (ระหว่าง 15-98 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.6) และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 74) โรคประจำตัวที่พบบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.2) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระดับ 2-4 คิดเป็นร้อยละ 63.4 และหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพมีระดับความแข็งแรงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.8 เท่านั้น เนื่องจากส่วนมากได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 55.3) ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 44.5 โดยสามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการให้บริการทางกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียง 1 ครั้ง แล้วกลับสู่ชุมชน ดังนั้นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพควรจะทำอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพจะทำได้

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง กายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ

\* นักกายภาพบำบัด งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

## บทนำ

ตามคำจำกัดความที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ โรคหลอดเลือดสมอง หรือ stroke หรือ cerebrovascular disease (CVD) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ National Institute of Neurological Disorder and Stroke ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือได้น้อยลงและทำให้เกิดความพิการตามมา<sup>(2)</sup> รายงานการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยและองค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับสองในเพศชาย และยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง<sup>(3)</sup> จากภาวะดังกล่าวย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งจากการสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงานและค่าใช้จ่ายที่ต้องสิ้นเปลืองไปในการดูแลรักษา กายภาพบำบัดเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยดังกล่าวทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรืออยู่ที่บ้านในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถกลับมาทำหน้าที่ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้น

จากสถิติรายงานประจำปีของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1 ใน 10 อันดับโรคที่พบมากในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับสถิติของงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มาใช้บริการมากเป็นอันดับ 3 จาก 10 อันดับแรกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางกายภาพบำบัดของทุกปี<sup>(4,5)</sup> แต่ที่ผ่านมา งานกายภาพบำบัดยังไม่มีการศึกษาการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและประเมินผลการรักษา เพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและผลการรักษาทางกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากระเบียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2548- กันยายน 2549 โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยในการแจกแจงได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ที่อยู่ แผนกที่ส่งปรึกษาผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ระยะของการเกิดโรค (เฉียบพลัน/เรื้อรัง) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเกิดโรค โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ปัญหาของผู้ป่วย ระดับความแข็งแรงกล้ามเนื้อก่อนและหลังการรักษา จำนวนครั้งในการรักษาทางกายภาพบำบัด ผลการรักษา สาเหตุที่สิ้นสุดการรักษา และจำนวนครั้งในการมาติดตามผล

ส่วนที่ 3 ผลการรักษา ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

### ผลการศึกษา

พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการทั้งหมด 841 ราย มีอายุระหว่าง 15-98 ปี อายุเฉลี่ย 63.7๗15.8 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.5) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 68.7) และส่วนมากประกอบ

อาชีพเกษตร (ร้อยละ 74) ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 52) อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่นอกเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ถูกส่งปรึกษามาจากแผนกอายุรกรรม และเป็นผู้ป่วยในมากที่สุด (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (ร้อยละ 92) และร้อยละ 37.3 ไม่มีประวัติโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90.2 เป็นอัมพาตครั้งแรกและมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างเฉียบพลันเป็นปัญหาสำคัญ (ตารางที่ 2)

ข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการบริการที่แผนกกายภาพบำบัดเพียง 1 ครั้ง และหลังจากแพทย์ให้กลับบ้านแล้วขาดการติดตามผลทางกายภาพบำบัดถึง ร้อยละ 93.8 (ตารางที่ 3)

การบริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี  
 นิจกานต์ ตันอุ่นเดช

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	56.5
หญิง	43.5
สถานภาพสมรส	
โสด	7.4
คู่	68.7
หม้าย/หย่า/แยก	21.4
อื่นๆ	2.5
อาชีพ	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8.3
เกษตรกร	74.0
รับจ้าง/ค้าขาย	7.7
อื่นๆ	10.0
ที่อยู่	
ในเขตเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานี	17.4
นอกเขตเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานี	52.6
ต่างจังหวัด	29.7
ต่างประเทศ	0.4
แผนกที่ส่งปรึกษา	
อายุรกรรม	79.4
ศัลยกรรมประสาท	15.1
อื่นๆ	5.5
ประเภทผู้ป่วย	
ผู้ป่วยใน	89.3
ผู้ป่วยนอก	10.7

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรค

ข้อมูลผู้ป่วย	ร้อยละ
<b>ระยะของการดำเนินโรค</b>	
ระยะเฉียบพลัน	92.0
ระยะเรื้อรัง	8.0
<b>โรคประจำตัว</b>	
ไม่มีประวัติโรคประจำตัว	37.3
ความดันโลหิตสูง	30.2
เบาหวาน	17.6
หัวใจ	8.0
อื่นๆ	6.9
<b>จำนวนครั้งในการเป็นอัมพาต</b>	
อัมพาตครั้งแรก	90.2
เป็นอัมพาตครั้งที่ 2	9.7
เป็นอัมพาตครั้งที่ 3	0.1
<b>ปัญหาของผู้ป่วย</b>	
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	90.4
กล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วมกับการมีเสมหะคั่งค้างในปอดเพิ่มขึ้น	9.6

การบริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี  
 นิจกานต์ คันอุ่นเดช

ตารางที่ 3 แสดงโรคของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการทางกายภาพบำบัด และจำนวนครั้งในการมาติดตามผล

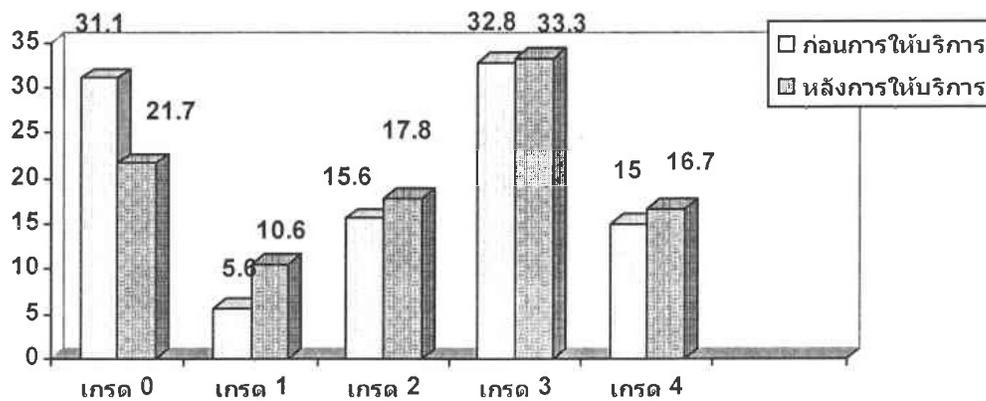
ข้อมูลผู้ป่วย	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยของแพทย์</b>	
Ischemic stroke	80.5
Cerebral infarction	8.4
Basalganglia haemorrhage	5.0
อื่นๆ เช่น Intraventricular haemorrhage, Intracerebral, haemorrhage, Cerebral thrombosis	6.1
<b>จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการบริการกายภาพบำบัด</b>	
ได้รับการบริการ 1 ครั้ง	55.3
ได้รับการบริการ 2 ครั้ง	17.5
ได้รับการบริการ 3 ครั้ง	8.1
ได้รับการบริการ 4 ครั้ง	4.6
ได้รับการบริการ 5 ครั้งขึ้นไป (5-96 ครั้ง)	14.5
<b>จำนวนครั้งในการมาติดตามผล</b>	
ไม่ได้มาติดตามผล	93.8
มาติดตามผล 1 ครั้งขึ้นไป	6.2

ข้อมูลระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดจากระเบียนผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 188 ราย พบว่าหลังการบริการทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยมีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระดับ 2-4 คิดเป็นร้อยละ 63.4 และพบว่าผู้ป่วยมีระดับความแข็งแรงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.8 เท่า

นั้น ก่อนการให้บริการทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยมีระดับความแข็งแรงที่พบมากที่สุดคือเกรด 3 ร้อยละ 32.8 และเพิ่มหลังการให้บริการเล็กน้อยเป็นร้อยละ 33.3 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)

ข้อมูลผลการให้บริการพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพียง ร้อยละ 44.1 ผู้ป่วยที่เหลือยังคงมีอาการเช่นเดิม หรือประเมินผลไม่ได้ และสาเหตุที่สิ้นสุดการรักษาพบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยถูกจำหน่าย (ร้อยละ 88.2) (ตารางที่ 4)

แผนภูมิที่ 1. แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระดับต่างๆ ก่อนและหลังการให้บริการ



ตารางที่ 4 แสดงสรุปผลการรักษาผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด และสาเหตุที่สิ้นสุดการรักษา

ข้อมูลผู้ป่วย	ร้อยละ
<b>ผลการรักษา</b>	
หาย	0.4
ดีขึ้น	44.1
คงเดิม	31.3
แย่ลง	2.0
ตาย	0.2
ประเมินผลไม่ได้	22.0
<b>สาเหตุที่สิ้นสุดการรักษา</b>	
ถูกจำหน่าย	88.2
ส่งต่อ	1.6
ตาย	0.4
ขาดการรักษา	0.8
ไม่สามารถรักษาต่อเนื่องได้	7.0
อื่นๆ	2.0

## วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุเฉลี่ย 63.7±15.9 ปี เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ Robin และ Baum<sup>(6)</sup> ที่พบว่าผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์เพิ่มเป็น 2 เท่าของทุกๆ 10 ปีที่อายุเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชายเช่นเดียวกับจากข้อมูลในหลายๆ การศึกษา ที่พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า<sup>(6,7)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคประจำตัวมาก่อน ซึ่งสาเหตุที่ไม่มีประวัติโรคประจำตัวอาจเนื่องมาจากชาวบ้านส่วนใหญ่จะไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ไม่พบประวัติโรคประจำตัว ส่วนโรคประจำตัวที่พบในผู้ป่วย คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ เช่นเดียวกับในหลายการศึกษาที่พบว่าโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา<sup>(8,9,10)</sup> ดังนั้นจึงควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเหล่านี้

ข้อมูลของที่อยู่ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีแต่อยู่นอกเขตเทศบาล หรืออยู่ในจังหวัดอื่นๆ อีกทั้ง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใน จึงทำให้ได้รับการบริการขณะนอนพักอยู่ในโรงพยาบาล และได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องมาจากบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล การนำผู้ป่วยมา

รับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง หรือไม่มีคนพาผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัด ดังนั้น จึงควรมีการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด เช่นเดียวกับที่ AASAP (Asian Act Stroke Advisory Panel) ได้รวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมาชิก 10 ประเทศ ได้แก่ จีน เกาหลี ไต้หวัน ฟิลิปปินส์ อินเดีย อินโดนีเซีย เวียดนาม ไทย สิงคโปร์ และมาเลเซีย ในช่วง 3 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2539-2540 จากผู้ป่วยทั้งหมด 3,670 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดจากสมองขาดเลือด<sup>(11)</sup>

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีเป็นการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างเฉียบ และพบว่าผู้ป่วยใหญ่มีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นหลังรักษาไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ถูกจำหน่ายหลังจากได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดเพียง 1 ครั้งเท่านั้น อีกทั้งการบริการกายภาพบำบัดจะทำได้ต่อเนื่องเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเทศบาลบางรายที่สามารถมารับการบริการทางกายภาพบำบัดได้ อย่างไรก็ตามผลการบริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการรักษาที่ดีขึ้นหลังการทำกายภาพบำบัดถึงร้อยละ 44.5 อาจเนื่องมาจากภายหลังได้รับฝึกที่ถูกต้องจากนักกายภาพ

บำบัดทำให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัว ลูกนั่ง หรือเดินโดยมีคนพุงหรือใช้ไม้เท้าได้

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อถูกจำหน่ายแล้วไม่ได้กลับมาใช้บริการทางกายภาพบำบัดอีกเพื่อติดตามผล ดังนั้น งานกายภาพบำบัดจึงควรเน้นการให้โปรแกรมผู้ป่วยกลับไปทำที่บ้าน (home program) ได้แก่ อธิบายให้ญาติ/ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค อาการแสดง การฟื้นฟูสภาพของสมอง ขั้นตอนและวิธีการบริการทางกายภาพบำบัด เช่น การบริหารข้อต่อต่างๆ การฝึกพลิกตะแคงตัว การฝึกลูกนั่ง การฝึกยืนและฝึกเดินรวมทั้งให้ญาติ/ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติ พร้อมทั้งอธิบายข้อห้าม ข้อควรระวัง ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามและแจกเอกสารหรือแผ่นพับให้กลับไปบ้านด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษาของสุวารีและคณะที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องระบบการดูแลอย่างต่อเนืองที่บ้าน<sup>(12)</sup> หากผู้ป่วย/ญาติไม่ฝึกกายภาพบำบัดต่อที่บ้าน ผู้ป่วยก็สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ข้อติดแข็ง ปวดบวม อาการเจ็บข้อไหล่ข้างที่เป็นอัมพาต หรือแผลกดทับได้ การมีนักกายภาพบำบัดหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน สามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและอยู่ในสังคมได้ดีที่สุดเท่าที่ศักยภาพจะทำได้

ข้อจำกัดในการศึกษาคั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากระเบียบผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด จึงพบว่าข้อมูลครบถ้วนเพียงบาง

ส่วนเท่านั้น จึงควรมีการวางแผนสำหรับเก็บข้อมูลของหน่วยงานให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษาคั้งต่อไปได้อย่างเต็มที่

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Meeting Control of Stroke and Hypertension. Control of stroke in the community: methodological considerations and protocol of WHO register. CVD/s/73.6 Geneva: WHO 1973.
2. Classification cerebrovascular disease คณะ: special report from National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 1989.
3. Ministry of Public Health Burden of disease and injuries in Thailand Priority setting for policy.2002; A14-A16, 58.
4. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สถิติรายงานประจำปี 2547. อุบลกิจจออฟเซท การพิมพ์: อุบลราชธานี 2547.
5. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สถิติรายงานประจำปี 2548. อุบลกิจจออฟเซท การพิมพ์: อุบลราชธานี 2548.
6. Robin SM, Baum HM. The national survey of stroke: incidence. Stroke 1981; 12: I 45-I 57.

7. Boysen G, Nyboe J, Appleyard M, Sorensen PS, et al. Stroke incidence and risk factors in Copenhagen, Denmark. *Stroke* 1989; 19: 1345-53.
8. กิ่งแก้ว ปาจริย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1 .-กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547; 14-20.
9. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, et al. Risk of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000; 355: 865-72.
10. Barrett-Conner E, Khaw K. Diabetes mellitus: an independent risk factor for stroke. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 116-23.
11. Wong KS, for the Asian Acute Stroke Advisory Panel. Risk factors for early death in acute ischemic stroke and intracerebral hemorrhage: a prospective hospital-based study in Asia. *Stroke* 1999; 30: 2326-30.
12. สุวารี เทพดารา และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ. *วารสารกายภาพบำบัด* 2544; 23(3).
13. Terry Ellis, Douglas I Katz, Daniel K White, T Joy DePiero, Anna D Hohler, Marie Saint-Hilaire. Effectiveness of an Inpatient Multidisciplinary Rehabilitation Program for People With Parkinson Disease. *PHYS THER* 2008; 88(7):812-819.
14. Ling-Ling Chiang, Li-Ying Wang, Chin-Pyng Wu, Huey-Dong Wu, Ying-Tai Wu. Effects of Physical Training on Functional Status in Patients with Prolonged Mechanical Ventilation. *PHYS THER* 2006; 86(9): 1271-1281.

# Service of Physical Therapy in Stroke Patients at Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

---

*Nitjagan Tan-undet\**

## **Abstract**

Stroke is a major cause of disability and chronic deficits that persistently impaired the physical function in patients. These patients required rehabilitations by multidisciplinary team including physical therapist to improve functional mobility and activity of daily living skills as much as their most potential. This retrospective study was performed to explore the service of physical therapy in stroke patients at Sappasitthiprasong hospital during October 2005 to September 2006. There were 841 patients, mean age of 63.715.8 years (ranging from 15–98 year). Most of them were male (56.6%) and farmers (74.0%). Hypertension was the major medical history of patients (30.2%). The major physicians' diagnosis was ischemic stroke (80.5%). The muscle strength level 2–4 slightly increased, from 63.4% to 67.8% of patients after rehabilitation therapy because most of them received the program only once (55.3%). However, 44.5% of patients had better functional mobility and activity of daily living skills. In conclusion, physical therapy program could improve functional mobility and activity of daily living skills in stroke patients. The continuity of rehabilitation program in community was important to help the patients recover to live normal lives as much as possible.

**Keywords:** stroke, physical therapy, rehabilitation

---

\*Physical therapist. Physical Therapy Division, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani 7