

การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ: กรณีศึกษา 2 ราย

จิรายุส ตันตาปกุล*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องทุกข์ทรมาน กับความผิดปกติหลายอย่างที่จำกัด โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล การรักษาทางกายภาพบำบัดจึงมีความจำเป็นมากในการทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากรณีศึกษาการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 2 ราย หลังจำหน่าย จากโรงพยาบาล รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นระยะเวลา 3 เดือน และเพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการรักษาทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย รายแรกเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่มีความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และมีภาวะโรคหัวใจร่วมด้วย ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ได้รับข้อมูลจากเวชระเบียน แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด และแบบประเมินการเคลื่อนไหว วิธีการรักษาทางกายภาพบำบัด ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 ราย ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด จนผู้ป่วยรายแรกสามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้าด้วยตนเอง และผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถเดินได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 ราย ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

สรุป : หลังจากผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีโรคประจำตัว ได้รับวิธีการรักษาทางกายภาพบำบัดโดยการมีส่วนร่วมระหว่างนักกายภาพบำบัด ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านร่วมกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, การรักษาทางกายภาพบำบัด

* นักกายภาพบำบัดระดับชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ), โรงพยาบาลกระบี่ : tantapakul@gmail.com>

Physical Therapy treatment on Ischemic stroke : 2 Case study

Chirayoot Tantapakul*

Abstract

This study is based on the fact that stroke patients will suffer from various limitations, especially in performing daily activities after being discharged from the hospital. Physical therapy is therefore very necessary to enable these patients to perform daily activities for a better quality of life.

Physical Therapy treatment on Ischemic study studies of effective on physical therapy treatment in ischemic stroke patients after being discharged from the hospital and receiving physical therapy for 3 months, and to study the outcomes of physical therapy in ischemic stroke patients.

The first patient was a stroke patient with Hypertension, Hyperlipidemia and Heart disease. The second patient was a stroke patient with Hypertension, Diabetes and Hyperlipidemia .As obtained from medical records. Assessment tools included activities of daily living assessment, in-depth interviews, physical therapy assessment, and movement assessment. Treatment was based on physical therapy principles. The study period was from July to September 2024. Data analysis was descriptive

The results of this study show that both case study patients received physical therapy. The first patient was able to walk by single cane and the second patient was able to walk by independent that both cases perform daily activities independently. After receiving physical therapy, stroke patients with comorbidities and with the involvement of physical therapists, interdisciplinary teams, village volunteers, and family members were able to perform daily activities and improve their quality of life.

Keywords : stroke, Ischemic stroke, physical therapy

*Registered Physical therapist , Krabi Hospital: tantapakul@gmail.com>

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง จากการสำรวจผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) ในปี ค.ศ. 2018 ของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ระบุว่า ในปี 2018 หากมีผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจ 100 ราย จะพบคนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 17 ราย นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวชุมชนและประเทศชาติ ทำให้ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ถ้ามีการดูแลตัวเองด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ และค้นหาโรคเชิงรุกที่เกิดขึ้นในระยะแรกเริ่ม โดยการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจคัดกรอง จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กันได้

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองคืออาการนำก่อนที่จะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองเนื่องมาจากสมองขาดเลือด ชั่วขณะความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5-10 นาทีและหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2004 ซึ่งการแบ่งตามสถาบันโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Australia's National Stroke Foundation) ประกอบด้วย 1)อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าแขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายนกครึ่งอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัด 2)อาการสับสนพูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3)อาการมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4)อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 5)อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้ถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองก็จะสามารถจัดการต่ออาการเตือนและตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาที่ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการที่จะเกิดขึ้น ในประเทศไทยได้จัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไว้ที่โทรศัพท์หมายเลข 1669 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) จะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพิการถาวรโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 447 เตียงให้บริการในระดับทุติยภูมิ จากรายงานสถิติข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่จำนวนทั้งสิ้น 10,925 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.72 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ และมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.19 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ พบว่าจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเสียชีวิตในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.87 ของจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ จากการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าสาเหตุปัจจัยการเกิดโรคมากเป็นอันดับหนึ่งคือ เรื่องโภชนาการไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้อง และจากประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ และซึ่งยังพบว่า พื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในปี พ.ศ. 2567 มากที่สุด คือ อำเภอเมือง

ปี พ.ศ.2567 หน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกระบี่ พบมีจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดในหน่วยบริการผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 259 ราย และจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 79 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) จำนวน 62 ราย และผู้ป่วยหลอดเลือดสมองชนิดแตก (Hemorrhage stroke) จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.30 ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั้งหมด จากการตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดผู้ป่วยหลอดเลือดได้รับการฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 80

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้เรื่องการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งเป็นชนิดที่

พบได้มากที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ โดยศึกษาแนวทางการรักษากายภาพบำบัด ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกระตุ้น การฟื้นตัว การออกกำลังกาย การฝึกการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันหลัก เช่น การลุกขึ้นนั่ง การทรงตัวในท่านั่ง การฝึกยืน การยืน และการฝึกเดิน โดยได้พัฒนาแนวทางที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งได้ศึกษาจากกรณีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตบ 2 ราย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาคุณภาพในการดูแล สร้างแนวทางปฏิบัติการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดกระบี่ ตลอดจนนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่แท้จริง

วัตถุประสงค์

- 1. เพื่อศึกษากรณีศึกษาการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตบ 2 ราย หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นระยะเวลา 3 เดือน
- 2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการรักษาทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตบ

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการให้การรักษาทันทีทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตบ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกระบี่ ปี 2567 จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตบ 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด การวางแผนการจำหน่าย การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบ 2 ราย โรงพยาบาลกระบี่ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากข้อมูลจากเวชระเบียน แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด และแบบประเมินการเคลื่อนไหว การรักษาทางกายภาพบำบัด ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบ 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิงไทยคู่	ชายไทยคู่
อายุ (ปี)	48	53

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิงไทยคู่	ชายไทยคู่
อายุ (ปี)	48	53
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	38.29	31.97
	อยู่ในเกณฑ์ อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3 ภาวะเสี่ยงต่อโรค อันตรายเป็นระดับ 3 (น้ำหนัก 92 กิโลกรัม, ส่วนสูง 155 เซนติเมตร)	อยู่ในเกณฑ์ อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3 ภาวะเสี่ยงต่อโรค อันตรายเป็นระดับ 3 (น้ำหนัก 92 กิโลกรัม, ส่วนสูง 170 เซนติเมตร)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
โรคประจำตัวและพฤติกรรมกรรมการทานยา	โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด (ผู้ป่วยรับยา สม่ำเสมอ)	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไข มันในเลือดสูง (ผู้ป่วยรับยาสม่ำเสมอ)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคประจำตัว	12 ปี	15 ปี
ประวัติการสูบบุหรี่	ไม่เคยสูบ	ไม่เคยสูบ
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่เคยดื่ม	ดื่ม เดือนละ 1-2 ครั้ง
การรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	เคย - การแนะนำจากคนรอบข้าง เช่น ญาติ - สื่อทางโซเชียล - ประสบการณ์จากบุคลากรทางการแพทย์ - อสม.	เคย - การแนะนำจากคนรอบข้าง เช่น ญาติ - สื่อทางโซเชียล - ประสบการณ์จากบุคลากรทางการแพทย์ - อสม.
การตรวจน้ำตาลสุภาพ	ตามนัดทุกครั้ง	ตามนัดทุกครั้ง
พฤติกรรมทางโภชนาการ	ทานกาแฟวันละ 1 แก้ว ชอบของหวาน	ชอบอาหารรสจัด
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกาย	ออกกำลังกายเป็นประจำ ระยะเวลา 1-2 วัน/สัปดาห์

การวิเคราะห์ จากตารางที่ 1 พบว่า ในกรณีศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 รายนี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกัน ดังนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรค ที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีภาวะอ้วน พฤติกรรมทางโภชนาการไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยรายแรกที่มีอายุ 48 ปี ที่มีโรคประจำตัวโรคหัวใจ ไชมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ถึงแม้รับประทานยาสม่ำเสมอแต่มีพฤติกรรมขาดการออกกำลังกายและไม่สามารถควบคุมอาหารได้ และรายที่ 2 มีอายุ 53 ปี ที่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ถึงแม้รับประทานยาสม่ำเสมอแต่มีประวัติดื่มสุรา จึงเป็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในกรณีศึกษาทั้งผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 ราย เคยได้รับความรู้ในเรื่อง การความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบเกี่ยวกับพยาธิสภาพอาการ อาการแสดง และแผนการรักษา

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง	หญิงไทยคู่ อายุ 48 ปีอาศัยอยู่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ อาชีพข้าราชการ เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2567 เวลา 05.00 น. ขณะที่ผู้ป่วย กำลังจะลุกจากที่นอนรู้สึกมีอาการแขนขาข้างซ้ายชาไม่มีอาการอ่อนแรง ไม่มีอาการชักหรือปวดศีรษะ รู้สึกดี ไม่มีปากซ้ายเบี้ยว พูดชัด บอกอาการญาติได้ปีบนิ้วให้สักรู้สึกอาการไม่ดีขึ้น จึงนอนพักผ่อนต่อ ตื่นนอนช่วง 9.00 น. อาการชาไม่หาย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ 1 วันต่อมา วันที่ 24 มิถุนายน 2567 ตื่นนอนเวลา 10.30 น.แขนขาซ้ายชาและอ่อนแรง ลุกจากเตียงไม่ได้ ญาติโทรเรียก 1669 นำตัวส่งโรงพยาบาลกระบี่ ถึงโรงพยาบาลในเวลา 11.00 น. : อัตราการหายใจ = 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/84 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจน = 100 % ชีพจร = 110 bpm อุณหภูมิ 37.1°C แพทย์ส่ง CT-scan brain ผลพบว่า No evidence of intracranial hemorrhage or large acute territorial infarction, Hyperacute infarction และได้ตรวจร่างกาย Muscle power Left side Upper Extremity grade 3, Lower Extremity Grade 3 และ Right side Grade 5 Upper Extremity & Lower Extremity, Clonus เป็น negative, E4V5M6 ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ Cerebral infarction และได้นอนพักรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมหญิง	ชายไทยคู่ อายุ 53 ปีอาศัยอยู่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ อาชีพข้าราชการ เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2567 เวลา 10.00 น. ขณะที่ผู้ป่วย กำลังทำงานรู้สึกมีอาการแขนขาข้างซ้ายชาและมีอาการอ่อนแรง มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ ไม่อาเจียน รู้สึกดี มีปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด เดินเซ บอกอาการญาติโทรเรียก1669 นำตัวส่งโรงพยาบาลกระบี่ ถึงโรงพยาบาลในเวลา 10.30 น. : อัตราการหายใจ =18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 200/123 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจน = 100 % ชีพจร = 98 bpm อุณหภูมิ36.7°C แพทย์ส่ง CT-scan brain ผลพบว่ามี Acute Rt. lentiform infarction และได้ตรวจร่างกาย Muscle power Left. side Upper Extremity grade 4,Lower Extremity Grade 4 และ Right .side Grade 5 Upper Extremity & Lower Extremity, Clonus เป็น negative,E4V5M6 ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ : Cerebral infarction และได้รักษาแนวทาง Stroke fast track ได้นอนพักรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมชาย
2.การตรวจวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดและการรักษาทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยตลอดเลืดสมองตีบระยะเฉียบพลัน(แรกรับ)	วินิจฉัยทางกายภาพบำบัด : Left hemiparesis caused by Cerebral infarction การรักษาที่ได้รับคือ Lt. Upper and Lower limb training : active assisted movement และ ward / home program จนกระทั่งวันที่ 27 มิ.ย.2567 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลานอน โรงพยาบาล 4 วัน: อัตราการหายใจ = 18 ครั้ง/นาที	วินิจฉัยทางกายภาพบำบัด : Left hemiparesis caused by Cerebral infarction การรักษาที่ได้รับคือ Lt. Upper and Lower limb training : active assisted movement และward/home program จนกระทั่งวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 6 วัน

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบเกี่ยวกับพยาธิสภาพอาการ อาการแสดง และแผนการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2.การตรวจวินิจฉัยทาง กายภาพบำบัดและการรักษา ทางกายภาพบำบัดผู้ป่วย หลอดเลือดสมองตีบระยะ เฉียบพลัน(แรกรับ) (ต่อ)	ความดันโลหิต 116/86 mmHg ความอิ่มตัว ของออกซิเจน = 100 % ชีพจร = 86 bpm อุณหภูมิ 37.1 C° ,Activity Daily Living (ADL) = 11/20 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้และเจ้าหน้าที่ตึก Stroke Unit ส่งต่อข้อมูล ปรึกษากายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การดูแลรักษาต่อเนื่องทางกายภาพบำบัด	:อัตราการหายใจ = 18 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต110/62mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจน = 100 % ชีพจร = 80 bpm อุณหภูมิ 36.5 C° , Activity Daily Living (ADL) = 15/20 แพทย์ อนุญาตให้กลับบ้านได้และเจ้าหน้าที่ตึก Stroke Unit ส่งต่อข้อมูลปรึกษากายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องทาง กายภาพบำบัด
2.การตรวจวินิจฉัยทาง กายภาพบำบัดและการรักษา ทางกายภาพบำบัดผู้ป่วย หลอดเลือดสมองตีบระยะ เฉียบพลัน(แรกรับ)	วินิจฉัยทางกายภาพบำบัด : Left hemiparesis caused by Cerebral infarction การรักษา ที่ได้รับคือ Lt. Upper and Lower limb training : active assisted movement และ ward / home program จนกระทั่งวันที่ 27 มิ.ย.2567 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้รวมระยะเวลานอน โรงพยาบาล 4 วัน: อัตราการหายใจ = 18 ครั้ง/นาที	วินิจฉัยทางกายภาพบำบัด : Left hemiparesis caused by Cerebral infarction การ รักษาที่ได้รับคือ Lt. Upper and Lower limb training : active assisted movement และward/home program จนกระทั่งวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลา นอนโรงพยาบาล 6 วัน

วิเคราะห์ จากตารางที่ 2 จากพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง พบว่า ความรับรู้เรื่องอาการเตือนและมีการจัดการตนเองของโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 รายนี้ มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายแรกเมื่อเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองคือ อาการชาแขนหรือขาซ้าย ไม่รีบมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัย แต่รายที่ 2 มีการรับรู้เรื่องอาการเตือนและมีการจัดการตนเองของโรคหลอดเลือดสมองได้ดี เมื่อผู้ป่วยรู้สึกมีอาการแขนขาข้างซ้ายชาและมีอาการอ่อนแรง มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ ไม่อาเจียน รู้สึกดี มีปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด เดินเซ บอกอาการญาติโทรเรียก1669 ส่งโรงพยาบาลทันการรักษาแนวทาง Stroke fast track และจากการตรวจวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดและการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ ระยะเฉียบพลัน(แรกรับ) พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีการประเมิน Activity Daily Living (ADL) = 15/20 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพา ,การประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนขาซ้าย ระดับ 4 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจำนวน 6 วัน ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยรายแรก พบว่า มีการประเมิน Activity Daily Living (ADL) = 11/20 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการพึ่งพามาก , การประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนขาซ้าย ระดับ 3 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจำนวน 4 วัน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบเกี่ยวกับปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทางกายภาพบำบัด

ปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทาง กายภาพบำบัด	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
1. การตรวจร่างกายทาง กายภาพบำบัด (วันแรกรับ หน่วยบริการงาน กายภาพบำบัด)	สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต 144/81 mmHg , อุณหภูมิกาย 37.1°C, อัตราการหายใจ 22 times/min, ชีพจร 92 bpm ซึ่งมีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยและมีหอบเหนื่อยเล็กน้อย	สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต 120/61 mmHg , อุณหภูมิกาย 36.5°C , อัตราการหายใจ 16 times/min, ชีพจร 80 bpm
Medication	- Atorvastation 40 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Ezetimibe (CO) 10 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Manidipine 20 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Carvedilol 25 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง - Aspirin 81 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Spironolactone 25 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Azilsartan+chlorthalidone (CO) 40/12.5 mg ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Folic acid 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - CR doxazosin 4 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง	- Atorvastation 40 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Metformin 500 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Manidipine 20 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง - Enalapril 20 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Aspirin 81 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง - Hydrochlorothiazide (HCTZ) 25 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง
Observation	- Obesity body built. - Alert consciousness, good co-operation, Good cognition - Ambulate by wheelchair - Pattern of Respiration: Dyspnea - Edema at Lt. hand and foot. - No facial palsy ,No Lt. foot drop - Poor posture : Sitting position Shift weight bearing to Rt. side - Orthosis : Tri pod cane	- Obesity body built. - Alert consciousness, good co-operation, Good cognition - Ambulate by Single cane. - Lt. facial palsy (Upper) : ปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัดเล็กน้อย แต่เข้าใจ - No Lt. foot drop - On arm sling at Lt. shoulder - Poor posture : Standing position Shift weight bearing to Rt. side - Normal skin, no swelling and edema,

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบเกี่ยวกับปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทางกายภาพบำบัด (ต่อ)

ปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทาง กายภาพบำบัด	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
Palpation	- Pain at Lt. shoulder and hand (pain score 5/10) - No shoulder subluxation, No Deformity - Numbness at Lt. side of Upper Extremity (UE) and Lower Extremity (LE)	- Pain at Lt. shoulder (pain score 7/10) - No shoulder subluxation, No Deformity - Normal sensation at Lt. side of Upper Extremity (UE) and Lower Extremity (LE)
Motor assessment	- Limit by pain at end range: Lt. Shoulder flexion/abduction , hip flexion with adduction , Lt. Knee flexion and Lt. ankle dorsiflexion. - Muscle tone : Hypotonia Lt. side of Upper Extremity (UE) and Lower Extremity (LE)	- Limit by pain at 1/3 of range: Lt. Shoulder flexion/abduction - Normal muscle tone Lt. side of Upper Extremity (UE) and Lower Extremity (LE)
- Muscle tightness	- Muscle tightness of Lt. Gastrosoleus muscle and hamstrings muscle	- Muscle tightness of Lt. Gastrosoleus muscle
Quality of movement assessment	- Fair Lt. shoulder flexion/abduction - Fair Lt. elbow flexion - Fair Lt. hand function : Grasp and release - Fair Lt. hip flexion, abduction and extension - Fair Lt. Knee flexion/extension - Fair Lt. ankle dorsiflexion	- Good Lt. shoulder :flexion/abduction - Good Lt. elbow flexion - Fair Lt. hand function : Grasp and release - Good Lt. hip flexion, abduction and extension - Good Lt. Knee flexion/extension - Good Lt. ankle dorsiflexion
Balance (Static and Dynamic)	- Poor static and dynamic standing balance	- Fair static standing balance - Poor dynamic standing balance
Gait Analysis	- Antalgic gait pattern	- Antalgic gait pattern

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบเกี่ยวกับปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทางกายภาพบำบัด (ต่อ)

ปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทาง กายภาพบำบัด	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
Palpation	วันแรก	
Functional Assessment :	1) Feeding : 2 คะแนน	1) Feeding : 2 คะแนน
การประเมินความสามารถในการ	2) Grooming : 0 คะแนน	2) Grooming: 1 คะแนน
ทำกิจวัตรประจำวัน(Activity	3) Transfer : 1 คะแนน	3) Transfer : 1 คะแนน
Daily Living , ADL)	4) Toilet use : 1 คะแนน	4) Toilet use : 1 คะแนน
เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย	5) Mobility : 2 คะแนน	5) Mobility : 2 คะแนน
10 กิจกรรม	6) Dressing : 1 คะแนน	6) Dressing : 1 คะแนน
1.Feeding (รับประทานอาหาร	7) Stairs: 0 คะแนน	7) Stairs: 2 คะแนน
เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อ	8) Bathing: 0 คะแนน	8) Bathing: 1 คะแนน
หน้า)	9) Bowels: 2 คะแนน	9) Bowels: 2 คะแนน
2.Grooming (ล้างหน้า หวีผม	10) Bladder: 2 คะแนน	10) Bladder: 2 คะแนน
แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา	รวมเป็น 11 คะแนน	รวมเป็น 15 คะแนน
24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	แปลผล จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพา	แปลผล จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพไม่
3.Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน	ระดับปานกลาง	ต้องการการพึ่งพา
หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	หลังเข้ารับโปรแกรมกายภาพบำบัด เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์	
4.Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	1) Feeding : 2 คะแนน	1) Feeding : 2 คะแนน
5.Mobility (การเคลื่อนที่ภายใน	2) Grooming: 1 คะแนน	2) Grooming: 2 คะแนน
ในห้องหรือบ้าน)	3) Transfer : 1 คะแนน	3) Transfer : 2 คะแนน
6.Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	4) Toilet use : 1 คะแนน	4) Toilet use : 2 คะแนน
7.Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)	5) Mobility : 2 คะแนน	5) Mobility : 2 คะแนน
8.Bathing (การอาบน้ำ)	6) Dressing : 1 คะแนน	6) Dressing : 2 คะแนน
9.Bowels (การกลั่นถ่าย	7) Stairs: 2 คะแนน	7) Stairs: 2 คะแนน
อุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	8) Bathing: 1 คะแนน	8) Bathing: 1 คะแนน
10.Bladder (การกลั่นปัสสาวะ	9) Bowels: 2 คะแนน	9) Bowels: 2 คะแนน
ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	10) Bladder: 2 คะแนน	10) Bladder: 2 คะแนน
แต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกัน	รวมเป็น 15 คะแนน	รวมเป็น 19 คะแนน
ตามความยากง่ายของกิจกรรม	แปลผล จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพไม่	แปลผล จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพไม่
ตั้งแต่ 0-2 คะแนน มีคะแนนเต็ม	ต้องการการพึ่งพา	ต้องการการพึ่งพา
เท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับ	ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้า 1 คู่	ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเอง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	ด้วยตนเอง	
ประจำวันเป็น 4 ระดับมีการแปล		
ผลดังนี้		

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบเกี่ยวกับปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทางกายภาพบำบัด (ต่อ)

ปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทาง กายภาพบำบัด	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
- 0 – 4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดย สมบูรณ์: very low initial score, total dependence - 5 - 8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence - 9 - 11 คะแนน ภาวะพึ่งพาปาน กลาง : intermediate initial score, moderately severs dependence - 12 - 20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severs dependence, consideration of discharging home		
2.สรุปปัญหาและการวางแผน ทางกายภาพบำบัด	ปัญหาของกรณีศึกษา 1.Limit by pain at end range: Lt. Shoulder flexion/abduction , hip flexion with adduction , Lt. Knee flexion and Lt. ankle dorsiflexion. 2.Hypotonia Lt. side of Upper Extremity (UE)and Lower Extremity (LE) 3.Fair Lt. shoulder flexion/abduction Fair Lt. elbow flexion Fair Lt. hand function : Grasp and release Fair Lt. hip flexion, abduction and extension Fair Lt. Knee flexion/extension Fair Lt. ankle dorsiflexion 4. Poor static and dynamic standing balance 5. Abnormal Gait pattern : Antalgic gait pattern	ปัญหาของกรณีศึกษา 1.Limit ROM by pain at 1/3 of range: Lt. Shoulder flexion/abduction 2.Good Lt. shoulder flexion/abduction. Good elbow flexion Fair Lt. hand function : Grasp and release. Good Lt. hip flexion , abduction and extension Good Lt. Knee flexion/extension Good Lt. ankle dorsiflexion 3.Fair static standing balance Poor dynamic standing balance 4.Abnormal Gait pattern : Antalgic gait pattern 5.ADL: 15 คะแนน (ไม่อยู่ภาวะพึ่งพา) 6.Ambulation by Single cane ด้วย ตนเอง

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบเกี่ยวกับปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทางกายภาพบำบัด (ต่อ)

ปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทาง กายภาพบำบัด	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2.สรุปปัญหาและการวางแผน ทางกายภาพบำบัด (ต่อ)	6. ADL: 11 คะแนน (ภาวะพึ่งพาปานกลาง) 7. Ambulation by Tripod cane โดยมีผู้ช่วยเหลือ การวางแผนการรักษา 1.Decrease pain at Lt. Shoulder, hip ,Knee flexion and ankle. 2.Facilitation techniques to improve muscle control of left upper extremities and lower extremities 3.Improve static and dynamic standing balance 4.Improve Gait pattern 5.Improve Ambulation 6.Improve ADL	การวางแผนการรักษา 1.Decrease pain at Lt. Shoulder 2.Facilitation techniques to improve muscle control of left upper extremities and lower extremities 3.Improve Static and dynamic standing balance 4.Improve Gait pattern 5.Improve Ambulation 6.Improve ADL
3. การรักษาทางกายภาพบำบัด	1.Cold pack and TENS for decrease pain 2.Neuromuscular electrical stimulation (NMES) to improve muscle function 3.Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (PNF) to increase muscle strength, motor learning and motor control. 4.Active assisted exercise : Lt. side of Upper Extremity (UE) and Lower Extremity (LE) 5.Balance training 6.Ambulation training by tri pod cane	1.Cold pack and TENS for decrease pain 2.Neuromuscular electrical stimulation (NMES) to improve muscle function 3.Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (PNF) to increase muscle strength, motor learning and motor control. 4.Active assisted exercise : Lt. side of Upper Extremity (UE) and Lower Extremity (LE) 5.Balance training 6.Ambulation training by single cane

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบเกี่ยวกับปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทางกายภาพบำบัด (ต่อ)

ปัญหา การตรวจร่างกาย การวางแผน และการรักษาทาง กายภาพบำบัด	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
Goal of treatment - Short term goal (within two weeks)	1.Decrease pain at Lt. Shoulder, hip , knee and ankle 2.Improve muscle control of left upper extremities and lower extremities 3.Improve balance 4.Improve Gait pattern	1.Decrease pain at Lt. Shoulder 2.Improve muscle control of left upper extremities and lower extremities 3. Improve balance 4. Improve Gait pattern
- Long term goal	1.Improve ADL : walking independently 2.Education and home program	1.Improve ADL : walking independently 2.Education and home program

วิเคราะห์ จากตารางที่ 3 จากการตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด พบว่า จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 รายนี้ มีปัญหาหลักคือการเดินที่ผิดปกติในลักษณะ Antalgic gait pattern เป็นการลงน้ำหนักที่ขาเพียงเล็กน้อยเพื่อหลีกเลี่ยงอาการบาดเจ็บหรือภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาข้างซ้าย ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living , ADL) ว่า ผู้ป่วยรายแรกมีคะแนน รวมเป็น 11 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 แปลผลจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยรายที่สอง พบว่าในการการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living , ADL) รวมเป็น 15 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 แปลผล จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพา

หลังจากได้รับแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นเวลา 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 รายนี้ ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living , ADL) ผู้ป่วยรายแรกมีคะแนนรวมเป็น 15 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยไม้เท้า 1 ปุ่มด้วยตนเอง และผู้ป่วยรายที่สองคะแนนรวมเป็น 19 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเอง จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพาทั้งสองราย

สรุปอภิปรายผลการศึกษา

โรคหลอดเลือดสมอง นับว่าเป็นโรคร้ายที่ส่งผลกระทบถึงขั้นเสียชีวิต หากผู้ป่วยรับการรักษาไม่ทันเวลา แต่ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองนี้ ก็เป็นอีกสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลหรือครอบครัวต้องตระหนักอยู่เสมอ เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยภาวะแทรกซ้อนที่ต้องคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคปอดบวม ความผิดปกติในการกลืน ผลกดทับ ปัญหาเกี่ยวกับไหล เป็นต้น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการจัดทำแผนฟื้นฟูร่างกายอย่างเหมาะสมกับอาการ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย และช่วยลดระยะเวลาในการฟื้นตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ใกล้เคียงปกติที่สุด

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 รายนี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันดังนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรค ที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีภาวะอ้วน และขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยรายแรกที่มีอายุ 48 ปี ที่มีโรคประจำตัวโรคหัวใจ ไตในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ถึงแม้รับประทานยาสม่ำเสมอแต่มีพฤติกรรมขาดการออกกำลังกายและไม่สามารถควบคุมอาหารได้

และรายที่ 2 มีอายุ 53 ปีที่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง มีประวัติเคยดื่มสุรา จึงเป็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในกรณีศึกษาทั้งผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 ราย เคยได้รับความรู้ในเรื่องการความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

จากพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง พบว่า ความรู้เรื่องอาการเตือนและมีการจัดการตนเองของโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายนี้ มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายแรกเมื่อเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองคือ อาการชาแขนหรือขาซ้าย ไม่รับมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัย แต่รายที่ 2 มีการรู้เรื่องอาการเตือนและมีการจัดการตนเองของโรคหลอดเลือดสมองได้ดี เมื่อผู้ป่วยรู้สึกมีอาการแขนขาข้างซ้ายชาและมือการอ่อนแรง มีอาการปวดศีรษะคลื่นไส้ ไม่อาเจียน รู้สึกดี มีปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด เดินเซ บอกอาการญาติโทรเรียก 1669 ส่งโรงพยาบาลทันการรักษาแนวทาง Stroke fast track และจากการตรวจวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ ระยะเฉียบพลัน(แรกรับ) พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีการประเมิน Activity Daily Living (ADL) = 15/20 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพา,การประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนขาซ้าย ระดับ 4 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจำนวน 6 วัน ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยรายพบว่า มีการประเมิน Activity Daily Living (ADL) = 11/20 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการพึ่งพาระดับปานกลาง, การประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนขาซ้าย ระดับ 3 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจำนวน 4 วัน

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 รายนี้มีประเด็นสำคัญคือ คือการที่ผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้สามารถดูแลตัวเองได้อย่างปลอดภัย ต้องมีการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้โดยให้จัดคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลซึ่งในเรื่องบทบาทของนักกายภาพบำบัดกับโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมหนึ่งในการจัดการกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง คือการออกแบบโปรแกรมกายภาพบำบัดโดยให้สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย

การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 รายนี้มีผลการประเมินในระดับดีทั้งด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงระบบประสาทเนื่องจากผู้ป่วย 2 รายนี้แม้ว่าจะมีโรคประจำตัว ที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติโดยมีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและส่งผลให้มีอาการดีขึ้น ในด้านการช่วยเหลือสนับสนุนและส่งเสริมกำลังใจจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจใน การดำรงชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

โดยปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดตีบ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ 2 รายนี้ หลังจากได้แนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีความสามารถของพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้ดี อีกทั้งมีคู่สมรส และสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจให้การสนับสนุนทั้งด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3-5 วัน ระยะเวลา 30 นาที การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัว และมีการให้ความรู้ความสำคัญในการรับประทานยา โดยเฉพาะ ยาละลายลิ่มเลือด (Aspirin 81 mg) เป็นยาป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นซ้ำอีกได้และการตรวจตามนัดทุกครั้ง เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจเพื่อการเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูในชุมชน
2. ควรมีโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคหัวใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน พร้อมจัดทำคู่มือที่สามารถประยุกต์ในระยะเปลี่ยนผ่านที่ผู้ป่วยนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านได้ในโอกาสต่อไป

1.Kristin DH, Cherie R, Lyan BE. Effect of Number of Home Exercises on Compliance and Performance in Adults Over 65 Years of Age. Physical Therapy. 1998;78(3): 270-7.

2.กรุณา ประมูลสินทรัพย์. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง. มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. นครราชสีมา; 2560.

3.ปิยะนุช จิตตุนนท์ และคณะ. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564;41(2) : 13-5.

4.รัฐกานต์ ขำเขียว, ชนิดา มัททวงกูร. การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ และไม่ได้ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลวัดบางไกรใน จังหวัดนนทบุรี. วารสารควบคุมโรค. 2561;44(2), 130-44.

5.วิยะดา ศักดิ์ศรี, สุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล. คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก.กรุงเทพมหานคร: สายรุ้งกิจ ; 2552.

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. [อินเทอร์เน็ต]. กระบี่: สำนักงาน; 2567[เข้าถึงเมื่อ30 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.232.110/kboweb2566>.

7.อริสรา สุขวักนี้.ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถทำกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีระยะเวลาดำเนินของโรคน้อยกว่า6เดือน ในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. วารสารพยาบาล .2558;4064(3) : 62-71.

8.อาคม รัฐวงษา. การพัฒนาแนวทางจัดการรายกรณีเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ต่อเนื่องที่บ้านโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2561;24(1) : 22-39