

การบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ป่วยโรคหนังแข็ง: รายงานผู้ป่วย

เมธิดา คุ่มจอหอ¹ ฉัตรสุตา มาทา²

¹กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลลำปาง

²สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

Received: July 18, 2025

Revised: August 10, 2025

Accepted: August 12, 2025

บทคัดย่อ

โรคหนังแข็งเป็นโรคภูมิคุ้มกันต้านทานเนื้อเยื่อตนเองที่ก่อให้เกิดการแข็งตัวของผิวหนัง และจำกัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ การศึกษานี้นำเสนอผลของการบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัดในโรคหนังแข็งบริบทของประเทศไทย ซึ่งยังมีการศึกษาวิจัยอย่างจำกัด รายงานผู้ป่วยนี้เกี่ยวกับหญิงไทยอายุ 28 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหนังแข็ง และมีอาการมานาน 4 ปี แสดงอาการทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ผิวหนังแข็งตึงบริเวณใบหน้า และแขนริมฝีปากหดรั้ง และมีภาวะข้อมือผิดรูปในลักษณะงอเกร็ง ได้รับการบำบัดฟื้นฟูเป็นระยะเวลา 6 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย การทำกิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว การฝึกมือ และการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน ผลการรักษาประเมินโดยใช้แบบประเมิน HAMIS และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ภายหลังการบำบัด พบว่ามีความยืดหยุ่นของผิวหนังเพิ่มขึ้น พิสัยการเคลื่อนไหวข้อมือ และข้อศอกดีขึ้น กำมือ และกระดกข้อมือได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และมีทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน ได้แก่ ขับรถยนต์ และประกอบอาชีพช่วยธุรกิจของครอบครัวได้ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมบำบัดมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหนังแข็ง โดยต้องคำนึงถึงระยะของโรค และอาการกำเริบเพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหนังแข็งในประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: โรคหนังแข็ง; กิจกรรมบำบัด; การบำบัดฟื้นฟู; รายงานผู้ป่วย

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

ฉัตรสุตา มาทา

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

119 หมู่ 9 ตำบลชมพู อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52100

อีเมล: Chatsuda@g.lpru.ac.th

Occupational therapy rehabilitation for a patient with systemic sclerosis patient: A case report

Metida Khumjorhor¹, Chatsuda Mata²

¹Department of Rehabilitation, Lampang Hospital

²Community in Public Health, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University

Abstract

Systemic sclerosis is an autoimmune disease that causes skin hardening and restricts joint on patients with systemic sclerosis movement. This study aimed to investigate the effects of occupational therapy on systemic sclerosis patients in Thailand, where research in this area is limited. The case report involved a 28-year-old Thai female with a 4-year history of symptoms including hardened skin on the face and arms, lip retraction, and deformed wrists with flexion contractures. The rehabilitation treatment lasted 6 months and divided into 2 phases: occupational therapy activities to increase range of motion, hand function training, and activities of daily living (ADL) training. The Hand Mobility in Scleroderma (HAMIS) assessment, and the Barthel ADL Index were used to evaluate treatment effectiveness. After treatment, the patient showed increased skin flexibility, improved range of motion in wrists and elbows, and enhanced hand grip and wrist extension. These improvements led to better self-care, which resulted in enhanced abilities for daily activities and community living skills, such as driving a car and being able to work to support the family business. This study highlights the improvement role of occupational therapy in the rehabilitation of individuals with systemic sclerosis. It is essential to consider the different stages of the disease and when it gets worse so that treatment plans are tailored to each person. The findings can be developed into guidelines for caring for systemic sclerosis patients in Thailand.

Keywords: systemic sclerosis; occupational therapy; rehabilitation; case report

Corresponding Author:

Chatsuda Mata

Community in Public Health, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University
119 Village No.9, Chomphu Sub-district, Muang Lampang District, Lampang 52100, Thailand
E-mail: Chatsuda@g.lpru.ac.th

บทนำ

โรคหนังแข็ง (systemic sclerosis) เป็นโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลกระทบต่อนเนื้อเยื่อเกี่ยวพันทั่วร่างกาย แม้ว่าสาเหตุที่แน่ชัดของโรคยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่ลักษณะเด่นของโรคนี้คือ การสะสมของพังผืดในปริมาณที่มากผิดปกติในเนื้อเยื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บริเวณผิวหนัง ส่งผลให้ผิวหนังมีลักษณะแข็งตึงเป็นที่มาของชื่อโรค โรคหนังแข็งสามารถจำแนกออกเป็นสองชนิดหลักตามความรุนแรง และขอบเขตของการแข็งตึงของผิวหนัง ชนิดแรกคือ โรคหนังแข็งจำกัด (limited cutaneous systemic sclerosis) ซึ่งมีการไม่รุนแรง ผิวหนังแข็งตึงเฉพาะบริเวณใบหน้า และส่วนปลายแขนขา และไม่พบพยาธิสภาพของอวัยวะภายใน ขณะที่ชนิดที่สองคือ โรคหนังแข็งกระจาย (diffuse cutaneous systemic sclerosis) ซึ่งมีผิวหนังแข็งตึงกระจายเป็นบริเวณกว้าง มีอาการรุนแรงกว่า และพบพยาธิสภาพของอวัยวะภายในร่วมด้วย ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ในประเทศไทยโรคหนังแข็งจัดเป็นโรคหายากที่พบเป็นรายกรณีในผู้ป่วยหญิงสูงอายุเป็นหลัก โดยพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และอุบัติการณ์มีแนวโน้มคงที่ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2563² จากการศึกษาในประเทศไทยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้ป่วยโรคหนังแข็งในประเทศไทยส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62.2 เป็นโรคหนังแข็งชนิดกระจาย³ ซึ่งเป็นชนิดที่มีความรุนแรงมากกว่า และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญภาวะหลอดเลือดผิดปกติเป็นอาการทางคลินิกแรก และเด่นชัดที่สุดของโรคหนังแข็ง ดังจะเห็นได้จากการเกิดปรากฏการณ์เรย์โนด์ (Raynaud's phenomenon) ซึ่งเป็นอาการที่พบก่อนการเกิดภาวะหนังแข็ง อาการนี้มักถูกกระตุ้นด้วยความเย็น และส่งผลให้เกิดการลดลงของการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย จนอาจนำไปสู่การเกิดแผลที่ปลายนิ้วมือ และเท้า การเปลี่ยนแปลงในระยะ

เริ่มแรกเหล่านี้ตามมาด้วยภาวะหลอดเลือดผิดปกติทั่วร่างกาย ซึ่งส่งผลให้หลอดเลือดฝอยขยายตัวผิดปกติเกิดเลือดออกเล็กน้อย หลอดเลือดบางลง และสูญเสียไป โรคหลอดเลือดในอวัยวะภายในทำให้เกิดอาการทางคลินิกที่รุนแรง และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ได้แก่ โรคไตแข็ง (scleroderma renal crisis) ความดันโลหิตสูงในปอด (pulmonary arterial hypertension) ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ และหลอดเลือดในจอตาส่วนกลางอุดตัน⁴ ผลกระทบของโรคหนังแข็งต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยหนังแข็งมากกว่าร้อยละ 80 มีอาการปวดมือ และข้อแข็ง⁵ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกาย และการหยิบจับสิ่งของ นอกจากนี้ พังผืดที่สะสมบริเวณผิวหนังใบหน้า และเนื้อเยื่อในช่องปากยังทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหาร การพูด การดูแลช่องปาก และสุขอนามัยในช่องปากอีกด้วย⁶

นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทสำคัญในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหนังแข็ง โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการบำบัดฟื้นฟูที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การฝึกกิจกรรมเพื่อการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่มีภาวะหดรั้ง นอกจากนี้ การออกแบบจัดทำอุปกรณ์ตาม (splint) และอุปกรณ์ช่วย (assistive device) ร่วมกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการดัดแปลงอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มศักยภาพการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีศักยภาพมากขึ้น แม้จะมีข้อจำกัดทางร่างกายจากภาวะของโรค⁷ หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การทดลองแบบสุ่มกลุ่มควบคุมขนาดเล็ก รายงานผู้ป่วย และกรณีศึกษา แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดทางกิจกรรมบำบัด การฝึกกิจกรรมเฉพาะบริเวณมือและใบหน้าได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณรอบปาก และลดความพิการได้⁸ อีกทั้งการศึกษาในผู้ป่วยโรคหนังแข็งจำนวน 220 ราย

พบว่าหลังการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สามารถลดความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการกิจกรรมบำบัดของผู้ป่วยโรคหนังแข็งยังคงมีข้อจำกัด ข้อมูลอัตราการเข้ารับการบำบัดทางกิจกรรมบำบัดชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหนังแข็งส่วนใหญ่ไม่ถึงร้อยละ 50 ได้รับการบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด แม้ว่าโรคนี้จะมีลักษณะเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกโดยตรง ซึ่งบ่งชี้ถึงช่องว่างที่สำคัญในการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ¹⁰

โรคหนังแข็งก่อให้เกิดผลกระทบที่ซับซ้อนต่อหลายระบบในร่างกาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ คำถามสำคัญทางคลินิกจึงเกิดขึ้นว่า “ในผู้ป่วยโรคหนังแข็ง (P) การบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด (I) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน-หลังการบำบัดฟื้นฟู (C) จะสามารถเพิ่มความสามารถของมือ และกิจวัตรประจำวัน (O) ได้ หรือไม่” ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัดของผู้ป่วยโรคหนังแข็ง โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพตามศักยภาพสูงสุด

รายงานนำเสนอผู้ป่วย

จริยธรรมการวิจัย

รายงานผู้ป่วยนี้ผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่โครงการวิจัย 053/2567 ซึ่งรายงานผู้ป่วยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนหรือเอกสารหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่แบบประเมิน Hand Mobility in Scleroderma (HAMIS) ประกอบด้วย

การทดสอบ 9 รายการที่ครอบคลุมการเคลื่อนไหวหลักของมือ ได้แก่ การงอนิ้วมือ (finger flexion) การเหยียดนิ้วมือ (finger extension) การกางนิ้วหัวแม่มือ (thumb abduction) การจับด้วยปลายนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ (pincer grip) การกางนิ้วมือ (finger abduction) การเหยียดข้อมือด้านหลัง (dorsal extension) การงอข้อมือด้านฝ่ามือ (volar extension of the wrist) การคว่ำมือ (pronation) และการหงายมือ (supination) แต่ละรายการจะได้รับการให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ปกติ) ถึง 3 (ไม่มีการเคลื่อนไหว) โดยทำการประเมินแยกระหว่างมือขวา และมือซ้าย¹¹ และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel index) ประกอบด้วย คำถามในการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การกลิ้งปัสสาวะ และการกลิ้งอุจจาระ คำถาม 10 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 10 ข้อของแต่ละบุคคล ใช้แสดงระดับการพึ่งพาผู้อื่น การแปลผลค่าคะแนน ADL จากช่วงคะแนนรวม 0-20 โดยแบ่งระดับการพึ่งพาได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 0-4 ระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 พึ่งพาค่อนข้างมาก 9-11 พึ่งพาน้อยมาก 12-20 ไม่ต้องพึ่งพา¹²

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 28 ปี โสด ปัจจุบันว่างงาน มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวต้องใช้รถเข็นแบบนั่ง อาศัยอยู่กับมารดา และยาย มารดาทำธุรกิจส่วนตัว (ผลิตโม่บาย)

อาการสำคัญ

ผิวหนังบริเวณใบหน้า และแขนมีลักษณะเข้มคล้ำ พบการผิดปกติของข้อมือทั้งสองข้างในลักษณะงอเกร็ง (Flexion contracture) ร่วมกับภาวะริมฝีปากหดรั้ง (Microstomia) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย 4 ปี

ประวัติการรักษา

ได้รับการวินิจฉัยโรค systemic sclerosis และเริ่มการรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้รับการรักษาด้วยยาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค ยารักษาโรคไทรอยด์ ยาบรเทาอาการปวด และอีกเสบของข้อที่เป็นยาสเตียรอยด์ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด และหยุดการรักษาตามแผนการรักษาหลักเป็นเวลา 1 ปี โดยเปลี่ยนไปรับการรักษาด้วยสมุนไพรทางเลือก

ระยะที่ 1 (มกราคม 2566)

การฝึกกายภาพบำบัดร่วมกับกิจกรรมบำบัด
ผู้ป่วยได้รับการประคบร้อน และพาราฟิน อีกทั้งมีการทำ การออกกำลังภายในส่วนร่างกาย (passive exercise)

ระยะเวลาการฝึกกิจกรรมบำบัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง

การประเมินแรกรับ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 28 ปี เชื้อชาติไทย สถานภาพโสด ปัจจุบันว่างงาน จบการศึกษาทางด้านการตลาด เคยทำงานที่บริษัทมาสด้าเชียงใหม่เป็นเวลา 2 ปี ก่อนโรคกำเริบจนไม่สามารถทำงานได้ จึงกลับมา รักษาตัวที่บ้านเกิดจังหวัดลำปาง มีอาการมาเป็นระยะเวลา 4 ปี โดยเคยรับการรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลสวนดอก ได้รับการรักษาด้วยยา และกายภาพบำบัด ต่อมาหยุดการรักษาไป 1 ปีเพื่อไปรักษาด้วยสมุนไพร

ด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยนั่งรถเข็นตลอดเวลา มีลักษณะผิวหนังตึง สีคล้ำ เมื่อหลับตา ตาปิดไม่สนิท ไม่สามารถหุบปากได้สนิท และอ้าปากได้ไม่เต็มที่ แขน มีสีคล้ำ ผิวแห้ง และมัน ติดกระดูก ไม่สามารถจับ ผิวหนังขึ้นมาได้ ผมยาวปิดหน้า มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อทุกส่วน แขน และมือมีช่วงการเคลื่อนไหว น้อยมากจนมีความผิดปกติ (Deformity) ในส่วนของ ข้อมือติดอยู่ในท่าองทั้งสองข้าง ข้อศอกขยับงอ และเหยียดได้เล็กน้อย หัวไหล่ขยับงอ และกางออกได้เล็กน้อย โดยมือขวาไม่สามารถใช้งานได้เลย ส่วนมือซ้ายสามารถ ทำ thumb opposition ได้ถึงนิ้วกลาง สามารถใช้ หยิบของได้เล็กน้อยแต่จับไม่ได้นาน เมื่อหยิบจับสิ่งของ

ข้อมือจะงอมากขึ้น ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ wrist support ทั้งสองข้าง แต่เมื่อใส่แล้วข้อมือยังคงงอ ไม่สามารถเหยียดตรงได้ นอกจากนี้ ยังมีอาการเหนื่อยง่าย และมีเหงื่อออกมากขณะทำกิจกรรม ผู้ป่วยมีทำยื่นผิดปกติ คือ หลัง สะโพก และเข่างอ จนไม่สามารถทรงตัวได้ แต่สามารถยืนโดยมีคนประคองแขนสองข้างได้

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากมารดา และยายเป็นส่วนมาก สามารถใช้มือซ้ายจับส้อมจิ้มอาหารได้เอง แต่ไม่สามารถ เคลื่อนย้ายตัวได้เอง ขณะอยู่ที่บ้านจะนั่งบนรถเข็นทั้งวัน และไม่ทำกิจกรรมใดๆ

ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ พบว่าขณะพูดคุย ผู้ป่วยก้มหน้าไม่สบตา ตอบคำถามสั้นๆ และมีความกลัว การเคลื่อนไหว เนื่องจากความเจ็บปวด

สภาพแวดล้อมที่บ้าน เป็นบ้านสองชั้น แต่ผู้ป่วยจะอยู่เฉพาะชั้นล่าง โดยที่บ้านเป็นโรงงานทำโมบาย

การรักษาทางกิจกรรมบำบัด ระยะที่ 1

การเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวด้วยกิจกรรมบำบัด
โดยเริ่มจากการให้คำแนะนำ และวิธีการดูแลผิวหนัง โดยการทาครีม เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนังทั้งตัว และให้คำแนะนำ และวิธีการนวดผิวบริเวณใบหน้า รอบดวงตา รอบปาก ขากรรไกร แขน ขา และมือ ร่วมกับ แนะนำการออกกำลังกล้ามเนื้อใบหน้า ได้แก่ การยิ้ม การเคี้ยว การขมวดคิ้ว และการหลับตา โดยทำซ้ำ อย่างช้าๆ และควบคุมการเคลื่อนไหวให้มีคุณภาพ อีกทั้งยังให้หลักการนวดผิวหนังลดความตึงของใบหน้า และยืด เหยียด กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ของแขน และมือ (passive stretching UE mobilization) โดยเน้นข้อมือ และนิ้วมือก่อน เพื่อเน้นให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มากขึ้น ร่วมกับให้ทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของแขน และมือ (active stretching exercise) โดยให้กิจกรรม ที่เพิ่มการทำงานของมือ (hand function) ได้แก่ การเอื้อม (reach out) จับ (hold) เคลื่อนย้ายวัตถุ (carry) และเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขน และมือ (strength of UE) ผ่านกิจกรรมการปั่นจักรยานมือ (Arm Ergo-Meter)

sliding board ฯลฯ โดยมีการเพิ่มความยากขึ้นตามความสามารถของผู้ป่วย (grading activity) เช่น ปรับความสูงของกรวยให้สูงขึ้นตามความสามารถของผู้ป่วย

การสร้างแรงจูงใจ และความมั่นใจให้กับผู้ป่วย
ลดอาการกลัวการเคลื่อนไหวซึ่งสามารถทำได้โดยการให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน และสามารถทำได้สำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ภูมิใจ อยากที่จะเคลื่อนไหวมากขึ้น แล้วจึงค่อยๆ ปรับเพิ่มระดับความท้าทายของกิจกรรมให้ซับซ้อนขึ้นตามลำดับ ในระหว่างการทำกิจกรรมหากพบว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง หรือมีการเคลื่อนไหวทดแทน (compensation movement) จำเป็นต้องให้คำแนะนำ และแก้ไขทันที เช่น การหยิบของ เมื่อไม่สามารถเหยียดศอกออกไปได้จากข้อยึดติด จึงใช้การก้มตัวช่วยโดยไม่พยายามเหยียดศอกให้เต็มที่ ทำให้ข้อศอกยิ่งยึดติดมากขึ้น เป็นต้น

การเพิ่มความทนทานของการทำกิจกรรม
ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และคำนึงถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมออกแรงต่อเนื่อง และค่อยๆ เพิ่มเวลาให้นานขึ้น นอกจากนี้ จำเป็นต้องปรับความหนักเบาของกิจกรรม (grading activity) ให้สอดคล้องกับความสามารถของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงข้อจำกัด และศักยภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้การฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยแนะนำการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันง่ายขึ้น เช่น การใส่เสื้อคอกลม โดยให้ใส่แขนเสื้อให้สุดแขนด้านหนึ่งก่อน และจึงสวมศีรษะ และแขนอีกข้างหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้ แม้จะยกแขนได้ไม่มาก และใช้การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้สะดวก และปลอดภัยมากขึ้น เช่น การใช้สบู์เหลวขวดแบบกด ฤดูด้วยฟองน้ำ เป็นต้น ควบคู่กับการแนะนำการใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสม ได้แก่ wrist support โดยให้ใส่ข้างขวาไว้ตลอด ข้างซ้ายให้ใส่เมื่อหยิบของ เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมือองมากขึ้น

ประเมินผลการรักษาระยะที่ 1 (มีนาคม 2566)

ด้านร่างกาย 1) บริเวณใบหน้า ผิวหน้ามี

ความยืดหยุ่นดีขึ้น รวมถึงการที่สามารถหลับตาได้สนิท แสดงถึงการทำงานที่ดีขึ้นของกล้ามเนื้อรอบดวงตา ในส่วนของการเคลื่อนไหวบริเวณปาก แม้จะยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ โดยสามารถอ้าปากได้เพียง 60% ของความสามารถปกติ และการปิดปากยังต้องใช้ความพยายาม แต่ก็ถือเป็นสัญญาณที่ดีที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณปากได้ แม้จะยังต้องการการฟื้นฟูเพิ่มเติมเพื่อให้กลับมาทำงานได้ใกล้เคียงปกติมากขึ้น

2) ผิวหนัง ความยืดหยุ่นของผิวหนังเพิ่มขึ้น และสีผิวที่อ่อนลงจากเดิม รวมถึงไม่พบอาการผิวแห้ง นอกจากนี้ การที่เริ่มมีการออกของขนแขน และคิ้วแสดงให้เห็นถึงการฟื้นตัวของรากขน และการทำงานของต่อมต่างๆ ในผิวหนัง **3) แขนและมือ** สามารถทำงานได้ดีขึ้น ในส่วนของมือขวาสามารถทำ thumb opposition ได้ถึงนิ้วชี้ แต่ยังคงต้องใช้ wrist support เพื่อช่วยขณะทำกิจกรรม เนื่องจากข้อมือจะงอเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีการเคลื่อนไหว และมือซ้ายสามารถทำ thumb opposition ได้ถึงนิ้วนางโดยไม่ต้องใส่ wrist support สามารถหยิบจับของได้แน่นขึ้น และนานขึ้น

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เหลือเพียงการใส่รองเท้า ถูเท้า แต่ยังใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันค่อนข้างนาน เริ่มช่วยทำงานบ้านได้ เช่น การกวาดบ้าน (นั่งสลับเดินเป็นระยะ) และพับผ้า

ด้านสภาวะทางจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมีอาการกลัวการเคลื่อนไหวน้อยลง แต่ยังไม่ค่อยมั่นใจในตัวเอง ส่งผลให้มีการฟื้นตัวทางด้านจิตใจที่ดีขึ้น เป็นสัญญาณบ่งชี้ที่ดีถึงกายยอมรับ และปรับตัวกับสภาวะของตนเอง ทำให้เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น และไม่แยกตัว โดยเริ่มออกไปตามที่ชุมชน และร่าเริงมากขึ้น

การประเมินโดยรวม ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการฟื้นตัวที่ดี แต่ยังคงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการเสริมสร้างความทนทานของกล้ามเนื้อ และการพัฒนาความมั่นใจใน

การเคลื่อนไหว เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การฝึกกิจกรรมบำบัด ระยะที่ 2

การฝึกกายภาพบำบัดร่วมกับกิจกรรมบำบัด ผู้ป่วยได้รับการประคบร้อน และพาราฟิน อีกทั้งมีการทำการออกกำลังกายในส่วนร่างกาย (passive exercise)

ระยะเวลาการฝึกกิจกรรมบำบัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง

ประเมินแรกรับ ระยะที่ 2 (พฤษภาคม 2566)

ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในหลายด้าน โดยเฉพาะสภาพผิวหนังที่มีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้นจนสามารถจับยกผิวหนังบริเวณแขนได้ การงอกใหม่ของขนบริเวณแขน นิ้ว และคิ้วที่เพิ่มขึ้น ร่าเริง พูดคุย และหัวเราะ

ด้านร่างกาย 1) การทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณปาก สามารถปิดปากได้ง่าย แต่เวลาที่เปลือปากจะอ้าออก การอ้าปากสามารถทำได้ปกติ **2) การเคลื่อนไหว** พบว่าข้อศอกทั้งสองข้างเหยียดได้ไม่เต็มที่ และหยางข้อมือทั้งสองได้ไม่สุดช่วงการเคลื่อนไหว การทำงานของมือขวา สามารถหยิบจับแบบทำ thumb opposition ได้ถึงนิ้วกลาง โดยใส่ wrist support แต่ยังมีข้อจำกัดในการงอข้อ MP และการเหยียดข้อ PIP ส่วนมือซ้ายมีความสามารถทำ thumb opposition ได้ถึงนิ้วนาง

ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เกือบทุกกิจกรรม มีเพียงการมัดผม และมัดเชือกรองเท้าที่ยังทำไม่ได้

การรักษาทางกิจกรรมบำบัด ระยะที่ 2

การให้คำแนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบปากและกล้ามเนื้อหน้าผาก เริ่มจากการฝึกปิดปากให้สนิท และค้างไว้ จากนั้นฝึกการเคี้ยวริมฝีปากพร้อมกับเป่าแกล้มให้พอง ด้วยการฝึกห่อปากเหมือนการผิวปาก และการฝึกยิ้มให้กว้างสลับกับการห่อปาก นอกจากนี้ยังมีการฝึกการใช้กล้ามเนื้อปากโดยกิจกรรมการเป่าและดูด เช่น กิจกรรมเป่าลูกโป่งโป่งไปตามทาง และออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าผากด้วยท่าหลับตาสนิท ในแต่ละท่าค้างไว้โดยเริ่มต้นที่ 5 วินาที และค่อยๆ เพิ่ม

ระยะเวลาเป็น 10-15 วินาที ทำซ้ำประมาณ 10 ครั้ง โดยฝึกหน้ากระจกเพื่อสังเกตความสมมาตรของการเคลื่อนไหว

การทำกิจกรรมบำบัดสำหรับแขนและมือ โดยการให้หัตถการ ยืดเหยียด กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ของ แขน และมือ (passive stretching UE mobilization) โดยเน้นการเหยียดศอก หายมือ กระดกข้อมือ งอ และเหยียดนิ้วมือ เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้งานได้มากขึ้น ผ่านการทำกิจกรรมที่เพิ่มการทำงานของมือ (hand function) กำลังกล้ามเนื้อของมือ (hand power) และความคล่องแคล่วของมือ (manual dexterity) เช่น การบำบัดด้วยดินน้ำมัน (บีบ ดึง คลึง บิด) การใช้ลูกบอลบีบฝึกกำลังกล้ามเนื้อ การฝึกด้วยไม้หนีบเพื่อเพิ่มแรงต้าน การฝึกหยิบจับวัตถุขนาดต่างๆ การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน เช่น ตัดกระดาษ ถูแก้วน้ำ ฯลฯ โดยกิจกรรมทั้งหมดปรับระดับความยาก-ง่ายตามความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังแก้การเคลื่อนไหวที่เคยชินในขณะที่ยึดติดแข็ง เช่น การย่นตัวโดยใช้หลังมือแทนฝ่ามือเนื่องจากเดิมไม่สามารถทำได้ โดยใช้กระจกเป็น feed back และคอยพูดเตือน

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ให้คำแนะนำการดัดแปลงวิธีการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การใช้ที่คาดผม หรือลวดมัดผมแทนยางมัดผม การมัดเชือกรองเท้าไว้ก่อนจะสวม เป็นต้น และเพิ่มระยะทางในการเดิน โดยการวางแผนการเดิน ให้มีที่พักเป็นระยะ แทนการนั่งรถเข็นตามเทคนิคการสงวนพลังงาน (energy conservation technique)

การวิเคราะห์อาชีพและสอบถามถึงความสนใจในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงานที่ผู้ป่วยทำอยู่ หรือต้องการกลับไปทำพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ เช่น ลักษณะท่าทางการทำงาน การใช้อุปกรณ์ สภาพแวดล้อม และระยะเวลาในการทำงาน เป็นต้น การสอบถามความสนใจในการทำกิจกรรมครอบคลุมทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวัน งานอดิเรก และกิจกรรมทางสังคม โดยสอบถามถึง

กิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยทำ และมีความสุข กิจกรรมที่อยากกลับไปทำอีกครั้ง รวมถึงกิจกรรมใหม่ๆ ที่สนใจ นอกจากนี้ ยังพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ทรัพยากรที่มี และข้อจำกัดต่างๆ เพื่อวางแผนการฟื้นฟูที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย

ประเมินผลการรักษา ระยะที่ 2 (สิงหาคม 2566)

ด้านร่างกาย ผิวหนังของผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณข้อมือ และข้อศอก

มีรอยพับของผิวหนังที่ข้อมือ ผู้ป่วยสามารถปิดปากได้สนิท เม้มปากได้ ขมวดคิ้ว ยกคิ้วได้ ส่วนการใช้มือขวาสามารถกระดกได้เล็กน้อย ทำ thumb opposition ได้ถึงนิ้วนาง โดยใส่ wrist support ช่วยดังภาพที่ 1 (Figure 1) มือซ้ายสามารถกระดกข้อมือได้มากกว่าสามารถใช้ฝ่ามือยันตัวได้ ใช้ตะเกียบ หงายมือได้มากขึ้น จนสามารถล้างหน้าโดยใช้ฝ่ามือได้ จากเดิมใช้หลังมือในการล้างหน้า ผู้ป่วยไม่ใช้รถเข็นแล้ว เนื่องจากมีความคล่องตัวมากขึ้น



Figure 1 Dorsal Cock-Up Splint for systemic sclerosis patient

ด้านอาชีพ ผู้ป่วยเริ่มช่วยงานทำโมบายที่บ้านได้โดยทำหน้าที่บรรจุของเตรียมส่ง และสามารถเดินในระยะทางไม่ไกลมาก และสามารถขับรถยนต์ได้เอง

การประเมินโดยรวม ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีผิวหนังที่มีความยืดหยุ่นดี ผิวหนังสีอ่อนลงไม่คล้ำ ผิวหนังอ่อนนุ่มไม่ติดกระดูก ผิวหน้าไม่ตึง สามารถหลับตา ปิดปาก อ้าปาก ขมวดคิ้ว ยกคิ้วได้ แขน และมือทั้งสองข้างมีช่วงการเคลื่อนไหวของทุกข้อมากขึ้น ทำให้สามารถใช้งานได้มากขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตัวเอง ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ทำงานบ้านได้และเริ่มกลับมาทำงานโดยการช่วยธุรกิจที่บ้าน ขับรถยนต์

ไปซื้อของได้เอง ผู้ป่วยยังมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นมาก ผู้ป่วยเริ่มออกไปที่สาธารณะ เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาดนัด เป็นต้น การรักษาด้วยกิจกรรมบำบัดแสดงประสิทธิภาพในการปรับปรุงทั้งการเคลื่อนไหวของมือ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 (Table 1) แสดงผลการประเมินคะแนน HAMAIS พบว่ามือทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้มากขึ้น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากคะแนนดัชนีบาร์เรลเอ็ดแอลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 4 คะแนนเป็น 20 คะแนน โดยมีการปรับปรุงที่มีความหมายทางคลินิกอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา

Table 1 Comparison of HAMAIS scores at initial assessment and treatment principles stage 1-2

Item	Hand	Initial Assessment	Post-Treatment Evaluation Phase 1	Post-Treatment Evaluation Phase 2
Finger Abduction	Left	3	2	1
	Right	3	3	2
Finger Extension	Left	3	3	2
	Right	3	3	2
Finger Flexion	Left	2	1	1
	Right	3	2	2
Abduction of the 5th Finger	Left	2	2	2
	Right	3	3	2
Flexion of MCP Joints	Left	2	2	1
	Right	3	2	2
Extension of PIP Joints	Left	3	3	2
	Right	3	3	3
Wrist Flexion	Left	3	2	1
	Right	3	3	1
Wrist Extension	Left	3	2	1
	Right	3	3	2
Thumb Abduction	Left	2	1	1
	Right	3	3	2

Table 2 Comparison of Barthel ADL scores at initial assessment and treatment principles stage 1-2

Item	Initial Assessment	Post-Treatment Evaluation Phase 1	Post-Treatment Evaluation Phase 2
Feeding	0	1	2
Grooming	0	1	1
Transfer	0	2	3
Toilet use	0	1	2
Mobility	0	2	3
Dressing	0	1	2
Stairs	0	1	2
Bathing	0	0	1
Bowels	2	2	2
Bladder	2	2	2
Sum Score	4	13	20

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหนึ่งแฉ่ง ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย ผู้ป่วยรายนี้แสดงอาการที่น่าสนใจทางคลินิกเนื่องจากการดำเนินโรคที่รวดเร็วในช่วงระยะเวลาสั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวของมืออย่างชัดเจน นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของมือทั้งสองข้างในระดับที่แตกต่างกัน (ข้างที่ถนัดมีอาการรุนแรงกว่า) ผู้ป่วยรายนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูเข้ากับกิจวัตรประจำวัน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา จนทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปช่วยเหลือตนเองได้ การศึกษานี้จึงไม่เพียงแต่นำเสนอประสิทธิภาพของการบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด แต่ยังให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหนึ่งแฉ่งในบริบทไทย ซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม และวิถีชีวิตจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ทำในประเทศตะวันตก ผู้ป่วยรายนี้

เป็นเพศหญิงอายุ 28 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาที่พบว่าโรคนี้พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า แม้ว่าอายุของผู้ป่วยจะต่ำกว่าอายุเฉลี่ยที่พบ (60-69 ปี) ก็ตาม² ผลการบำบัดฟื้นฟูแสดงให้เห็นการพัฒนาที่ชัดเจนในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านความยืดหยุ่นของผิวหนัง และการทำงานของกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Waszczykowski และคณะ (2021)¹³ ที่พบว่าการบำบัดด้วยการยืดกล้ามเนื้อ และการนวดสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นของผิวหนัง และลดการหดตัวของข้อต่อได้อย่างมีนัยสำคัญ การฟื้นฟูสมรรถภาพของมือ และการใช้งานมือในชีวิตประจำวันมีพัฒนาการที่ดีขึ้น สังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยโรคหนึ่งแฉ่งสามารถทำ thumb opposition ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kwakkenbos และคณะ (2022)¹⁴ ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพมือในผู้ป่วยโรคหนึ่งแฉ่งด้วยโปรแกรมการบำบัดที่เหมาะสมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานมือได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการบำบัดฟื้นฟูเกิดจากการใช้เทคนิคกิจกรรมบำบัดกับการรักษาด้านชีวกลไก (biomechanics)

เป็นการฝึกด้านการเพิ่มกำลัง (strength) เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (range of motion) และเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ (endurance) แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมเพื่อการรักษา (therapeutic activity) ซึ่งมีการวิเคราะห์กิจกรรมก่อนโดยกิจกรรมนั้นต้องมีเป้าประสงค์เพื่อการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ช่วยพัฒนาทักษะ สามารถปรับระดับความยากง่ายได้ (grading activity) หรือสามารถดัดแปลงกิจกรรมได้ (adaptive activity) และเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การใช้ shoulder bar การฝึก skateboard arm การออกกำลังกายด้วย putty เพื่อเสริมสร้างแรงในการยกนิ้ว และการบีบลูกบอลที่มีแรงต้านเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือและนิ้วมือ ฯลฯ 2) การใช้อุปกรณ์ตามมือ (hand splint) ซึ่งทำให้มือสามารถทำงานร่วมกับอวัยวะส่วนอื่นๆ เช่น แขน หัวไหล่ ข้อศอก และข้อมือ เพื่อจัดท่าของมือให้อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการอย่างมั่นคง อุปกรณ์ตามมือถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งที่ผู้บำบัดนำมาใช้เพื่อลดและแก้ไขความผิดปกติ และเพื่อฟื้นฟู/เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของมือ¹⁵

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเดิมที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด กลายเป็นสามารถช่วยเหลือตนเองได้เกือบทุกกิจกรรม รวมถึงสามารถกลับมาทำงานบางส่วนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Navas-Otero (2023)¹⁶ ที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวมช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นความสำคัญของการดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปกับการฟื้นฟูทางกาย โดยพบว่าผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น จากเดิมที่มีความกลัวการเคลื่อนไหว และแยกตัวจากสังคม กลายเป็นมีความมั่นใจ และสามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Thombs และ Kwakkenbos (2024)¹⁷ ที่เน้นย้ำความสำคัญของการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

กับหลักกิจกรรมบำบัดกับการรักษาด้านการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation approaches) ที่เน้นการรักษาด้วยเทคนิคด้านต่างๆ ร่วมกัน ได้แก่ กิจวัตรประจำวันทั่วไป (activities of daily living = ADL) คือ กิจวัตรที่สามารถทำได้โดยอาศัยทักษะพื้นฐานของร่างกายในการทำให้สำเร็จ และกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือ (instrumental activity of daily living = IADL) คือ กิจกรรมที่ต้องการทักษะขั้นสูงขึ้นในการจัดการ หรือแก้ปัญหา รวมทั้งทักษะทางด้านสังคม สภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งยังมีการผนวกกับเทคนิคการสงวนพลังงาน (energy conservation technique) นักกิจกรรมบำบัดต้องช่วยผู้ป่วยในการวิเคราะห์กิจกรรม สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราส่วนของเวลาในการพัก และการทำกิจกรรมในแต่ละวัน การให้คำแนะนำ หรือดัดแปลงจัดทำจัดท่าอุปกรณ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมให้ได้มากที่สุด เทคนิคสงวนพลังงานนั้นจึงเป็นการรวมเอาทั้งการปรับสภาพแวดล้อม การดัดแปลงอุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสม และปรับพฤติกรรมมาไว้ด้วยกัน ในขณะเดียวกันยังต้องปรับปรุงดัดแปลงสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการปรับตัวด้านสภาพจิตใจ และสังคม¹⁸ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดในแง่ของการเป็นการศึกษารายงานผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับผู้ป่วยรายอื่นได้โดยตรง แต่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดต่อไปได้

สรุปผล

รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดนี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด โดยการบำบัดฟื้นฟูช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของผิวหนัง เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของมือ และแขน ปรับการทำงานของกล้ามเนื้อมือ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้อง การบูรณาการการรักษาเข้ากับชีวิตประจำวัน การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม การสร้างแผนการรักษาเฉพาะบุคคล และการสนับสนุนด้านจิตใจ ทั้งนี้

ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จในการรักษาอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

โรคหนังแข็งจะมีอาการกำเริบเป็นระยะ ช่วงที่อาการของโรคกำเริบนั้น ผู้ป่วยจะมีแผลเกิดขึ้นบริเวณปลายนิ้ว และข้อนิ้ว ซึ่งจำเป็นต้องงดการเคลื่อนไหวในข้อนิ้วนั้นๆ ที่มีอาการบาดเจ็บจนกว่าแผลจะหาย อีกทั้งผู้ป่วยจะมีอาการกรดไหลย้อน ซึ่งต้องมีความระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำท่าที่มีแรงกดที่ท้อง รวมถึงจะมีภาวะเหนื่อยง่าย จึงต้องสังเกตขณะทำกิจกรรมบำบัดอย่างใกล้ชิด

เอกสารอ้างอิง

1. Adigun R, Goyal A, Hariz A. Systemic Sclerosis (Scleroderma) [Internet]. 2024 [Cited 5 Oct 2024]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430875/>.
2. Foocharoen C, Ngamjarus C, Pattanittum P, et al. Incidence and prevalence of systemic sclerosis in Thailand in year 2017-2020: A database from the Ministry of Public Health. Clin Rheumatol 2023; 42(7):1767–74. doi:10.1007/s10067-023-06550-7.
3. Srichompu K, Foocharoen C, Sangaroon A, et al. Normal values of physical performance in Thai systemic sclerosis patients. Srinagarind Med J 2022;37(4):354-60. (in Thai)
4. Jimenez SA, Mendoza FA, Piera-Velazquez S. A review of recent studies on the pathogenesis of Systemic Sclerosis: focus on fibrosis pathways. Front Immunol 2025;16:1551911. doi:10.3389/fimmu.2025.1551911.
5. Bassel M, Hudson M, Taillefer SS, et al. Frequency and impact of symptoms experienced by patients with systemic sclerosis: results from a Canadian National Survey. Rheumatology (Oxford) 2011; 50(4):762-7. doi:10.1093/rheumatology/keq310.
6. Maddali-Bongi S, Del Rosso A, Mikhaylova S, et al. Impact of hand and face disabilities on global disability and quality of life in systemic sclerosis patients. Clin Exp Rheumatol 2014;32(6 Suppl 86):S15-20.
7. Becetti K, Kwakkenbos L, Carrier ME, et al. Physical or occupational therapy use in systemic sclerosis: A scleroderma patient-centered intervention network cohort study. J Rheumatol 2019;46(12):1605-13. doi:10.3899/jrheum.181130.
8. Poole J, Conte C, Brewer C, et al. Oral hygiene in scleroderma: the effectiveness of a multi-disciplinary intervention program. Disabil Rehabil 2010;32(5):379-84. doi:10.3109/09638280903171527.
9. Rannou F, Boutron I, Mouthon L, et al. Personalized physical therapy versus usual care for patients with systemic sclerosis: A randomized controlled trial. Arthritis Care Res 2017;69(7):1050-9. doi:10.1002/acr.23098.
10. Willems LM, Kwakkenbos L, Bode C, et al. Health care use and patients' perceptions on quality of care in systemic sclerosis. Clin Exp Rheumatol 2015;31(2 Suppl 76):64-70.

11. Sandqvist G, Eklund M. Hand Mobility in Scleroderma (HAMIS) test: the reliability of a novel hand function test. *Arthritis Care Res* 2000;13(6):369-74. doi:10.1002/1529-0131(200012)13:6<369::AID-ART6>3.0.CO;2-X.
12. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability?. *Int Disabil Stud* 1988;10(2):64-7. doi:10.3109/09638288809164105.
13. Waszczykowski M, Dzikowska-Bartkowiak B, Podgórski M, et al. Role and effectiveness of complex and supervised rehabilitation on overall and hand function in systemic sclerosis patients—one-year follow-up study. *Sci Rep* 2021; 11(1):15174. doi:org/10.1038/s41598-021-94549-y.
14. Kwakkenbos L, Carrier ME, Welling J, et al. Randomized controlled trial of an internet-based self-guided hand exercise program to improve hand function in people with systemic sclerosis: the scleroderma patient-centered intervention network hand exercise program (SPIN-HAND) trial. *Trials* 2022;23(1):994. doi.org/10.1186/s13063-022-06923-4.
15. Jack J, Estes RI. Documenting progress: hand therapy treatment shift from biomechanical to occupational adaptation. *Am J Occup Ther* 2010;64(1):82-7. doi:10.5014/ajot.64.1.82.
16. Navas-Otero A, Gómez-De-Castro S, Ortiz-Rubio A, et al. Effects of non-pharmacological therapies on hand function and the ability to perform daily activities in people with systemic sclerosis: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Int J Rheum Dis* 2023;26(6):1029-40. doi:10.1111/1756-185X.14721.
17. Kwakkenbos L, Carrier ME, Welling J, et al. Randomized controlled trial of an internet-based self-guided hand exercise program to improve hand function in people with systemic sclerosis: the scleroderma patient-centered intervention network hand exercise program (SPIN-HAND) trial. *Trials* 2022;23(1):994. doi:10.1186/s13063-022-06923-4.
18. Wade D. Rehabilitation—a new approach. Overview and part one: the problems. *Clin Rehabil* 2015;29(11):1041-50. doi:10.1177/0269215515601174.