

ระดับความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี

สุตัญชลี สิกัญจนานันท์
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี และปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดินของผู้ป่วยที่ระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 195 คน เข้ารับการฟื้นฟูตั้งแต่ มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 54 คน วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลัง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมดที่ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี เก็บข้อมูลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดิน คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบบดัดแปลง ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และที่เวลา 6 เดือน จากระดับความสามารถในการเดินแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่สามารถเดินได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถเดินได้ โดยใช้คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบบดัดแปลง ผู้ป่วยที่มีคะแนน 2 หรือ 3 จะอยู่ในกลุ่มที่สามารถเดินได้ และหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือนโดยใช้สถิติโคสแควร์และการถดถอยโลจิสติกส์

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 54 คน มีผู้ป่วยอาการดีขึ้น ร้อยละ 64.8 คงที่ ร้อยละ 33.3 และแยลงร้อยละ 1.9 ที่ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 57.4 เดินได้โดยอาศัยความช่วยเหลือ ร้อยละ 14.8 เคลื่อนที่ได้ด้วยรถเข็นนั่ง ร้อยละ 3.7 ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ร้อยละ 24.1 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เดินได้ด้วยตนเองเดิมเป็นผู้ป่วยที่ต้องช่วยเวลาเดินก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร้อยละ 48.1 ผู้ป่วยกลุ่มที่เดิมไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ร้อยละ 9.3 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ ในช่วงก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล หลังได้รับการฟื้นฟูสามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยรถเข็นนั่งเดินได้ โดยอาศัยความช่วยเหลือ และเดินได้ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 3.7, 3.7 และ 9.3 ตามลำดับ สรุป: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูจากสหสาขาวิชาชีพ เมื่อติดตามที่ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการเดินที่ดีขึ้น ในกลุ่มที่สามารถกลับมาเดินได้ด้วยตนเองส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยที่ต้องช่วยเวลาเดินก่อนออกจากโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือนคือคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นเวลา 6 เดือน และรูปแบบในการรักษาไม่มีผลต่อความสามารถในการเดินที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, ระดับความสามารถในการเดิน

Abstract: Post stroke ambulation level after intermediate care rehabilitation at Singburi Hospital
Sikanjananun S Singburi Hospital

Objectives: To study the mobility status of stroke patients after intermediate care rehabilitation at Singburi Hospital. The factors associated with walking ability at 6-month were also explored. **Subjects:** The 195 stroke patients in Mueang Singburi District after rehabilitation program from January 2019 to December 2019. There were 54 patients included in this study. **Methods:** The total stroke patients followed up at Singburi Hospital was retrospectively reviewed for demographic data, factors associated with walking ability, Barthel Index and Modified Barthel Index before discharged from hospital and followed-up at 6-month. The mobility status was reported as ambulator and non-ambulator. Based on the Modified Barthel Index, the stroke patients who had mobility score either 2 or 3 were classified as ambulators. Chi-square test was performed to determine any factors associated with the walking ability at 6-month. **Results:** Of all 54 stroke patients, 64.8%, 33.3%, and 1.9% of patients had mobility skills improved, sustained, and declined respectively. At 6-month patients can regain walking independently, walking with physical assistance, wheelchair ambulators, and immobile were 57.4%, 14.8%, 3.7%, and 24.1% consecutively. Most of independent walking patients were patient previously walked with physical assistance 48.1% and immobile 9.3%. After received rehabilitation program, patients who was unable to walk before discharged after undergoing wheelchair ambulators, walking with physical assistance, and walking independently were 3.7%, 3.7%, and 9.3% respectively. **Conclusion:** After intermediate care rehabilitation, stroke patients had better ability of walking in 6 months. Patients who need to help when walking before discharged were more likely to be independent walking. Barthel Index score at 6-month was associated with being ambulators at 6-month. Patterns of treatment were not affected to walking ability.

Keywords: Stroke patients, Intermediate care, Ambulation level

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นหนึ่งในโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย ทำให้เกิดการไร้สมรรถภาพในระยะยาว (Long-term disability) และเพิ่มปัญหาสาธารณสุขในทั่วโลก⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบอัตราความชุก (Prevalence rate) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวน 1,880 รายต่อประชากร 1 แสนคน ร้อยละ 80 เป็นหลอดเลือดสมองตีบ และร้อยละ 20 เป็นหลอดเลือดสมองแตก⁽²⁾ ปัจจุบันถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตรองจากอุบัติเหตุ และมะเร็ง ดังนั้นจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งจะพบโรคนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับคุณภาพการรักษาของประเทศไทยเคยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน พบว่าในผู้ป่วย 100 คนที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ วันที่กลับบ้านจะเสียชีวิต

ประมาณร้อยละ 5 หายใกล้เคียงปกติร้อยละ 25 พิจารณาร้อยละ 70 ซึ่งอัตราความพิการจะน้อยลงตามลำดับเมื่อเวลาผ่านไป⁽³⁾ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในหลาย ๆ ด้าน เช่น อาการอ่อนแรง การใช้ชีวิตประจำวันลำบาก การกลืนปัสสาวะและอุจจาระลำบาก การสื่อสารลำบาก และปัญหาเรื่องการรับรู้และความจำ ปัญหาการเดิน เป็นต้น⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามปัญหาด้านหนึ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยคือเรื่องการเดิน อาจจะเป็นเพราะทำให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่น⁽⁵⁾ และเป็นความต้องการหลักในการกลับมาใช้ชีวิตของผู้ป่วย⁽⁶⁾

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล (Caregiver) และสังคมด้วย ได้มีการศึกษาถึงภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านกายภาพ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลพบว่าระดับภาระปานกลางถึงมากในด้านกายภาพและเศรษฐกิจมากกว่าในด้านจิตใจและสังคม⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) คือช่วง 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางคลินิกคงที่แล้ว เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการฟื้นตัวของระบบประสาทและความสามารถในการทำงานของร่างกาย (Function ability) อย่างมาก ผู้ป่วยสามารถมีความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น โดยโรงพยาบาลสิงห์บุรีได้นำมาใช้และให้การดูแลผู้ป่วยที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองใน 3 รูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยที่รับการฟื้นฟูในหอผู้ป่วย (Intermediate ward) ที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี และการติดตามเยี่ยมบ้าน (Home health care) ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยจึงอยากทราบระดับความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้ารับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อทราบการพยากรณ์ระดับความสามารถในการเดินและพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมุติฐานการวิจัย

หลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี มีระดับความสามารถในการเดินที่ดีขึ้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระดับความอ่อนแรง

รุนแรง คือ มีกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ระดับ 0,1

ปานกลาง คือ มีกำลังกล้ามเนื้อระดับ 2,3

น้อย คือ มีกำลังกล้ามเนื้อระดับ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

หลังให้การดูแลระยะกลางแก่ผู้ป่วยที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีใน 3 รูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่รับการฟื้นฟูในหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี และการติดตามเยี่ยมบ้าน

คำถามหลัก: ระดับความสามารถในเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีเป็นอย่างไร

คำถามรอง: มีปัจจัยใดที่ถือว่ามีความสำคัญต่อระดับความสามารถในเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการทำวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria):

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี
3. มีปัญหาเรื่องการเดินหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
4. เข้ารับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่รพ.สิงห์บุรี ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria):

1. เดินได้ด้วยตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke)
3. ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้, ย้ายที่อยู่ (Loss follow up)
4. เสียชีวิตระหว่างการติดตามการรักษา
5. มีโรคแทรกซ้อนระหว่างการติดตามการรักษา (เช่น กระดูกหัก, โรคซึมเศร้า) ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วย
6. มีบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
7. มีปัญหาเรื่องระดับความรู้สึกตัว (Consciousness) หรือมีปัญหาการรับรู้ทางด้านภาษา (Aphasia)

จำนวนอาสาสมัคร หรือ ขนาดตัวอย่าง

$$\begin{aligned} \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) อย่างน้อย:} &= n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2} \\ &= \frac{1.645^2(1.88)(1-1.88)}{0.1} = 45 \end{aligned}$$

อัตราความซุกเท่ากับ 1.88 จากการศึกษาของสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุลและคณะ⁽⁷⁾, Acceptable error = 0.1, Z = ค่ามาตรฐานตามตาราง Z เท่ากับ 1.645 เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกการเก็บข้อมูล (Case record form)

ตัวแปรที่ศึกษา

คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบบตัดแปลง

คะแนน 0 คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ (Immobile)

คะแนน 1 คือ ผู้ป่วยเคลื่อนที่ได้ด้วยรถเข็นนั่ง (Wheelchair ambulators)

คะแนน 2 คือ ผู้ป่วยที่เดินได้โดยอาศัยความช่วยเหลือ (Walking with physical assistance)

คะแนน 3 คือ ผู้ป่วยที่เดินได้ด้วยตนเอง (Walking independently)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมายโดยค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากรฐานข้อมูล ICD I60-I64

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะถูกบันทึกลงในแบบบันทึกการเก็บข้อมูล (Case record form)

ในแบบบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการทุกประเภทต้องไม่ระบุชื่อ-นามสกุล, Hospital Number (HN) หรือ การระบุตัวตนรูปแบบอื่น ๆ ที่สามารถระบุผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นรายบุคคล โดยให้ใช้เป็นรหัสแทน

โดยข้อมูลของผู้ป่วยจะนำมาจาก OPD card และ IPD chart ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

การศึกษาได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรี เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2563 (เลขที่ สห ๐๐๓๒.๒๐๕.๒/๐๘)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานชนิดข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงในรูปจำนวน และร้อยละ ข้อมูลพื้นฐานชนิดข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่า mean \pm SD ในสถิติแบบพารามเมตริก (Parametric statistics) หรือค่า Median interquartile range (IQR) ในสถิติแบบนอนพารามเมตริก (Nonparametric statistics)

ระดับความสามารถในเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนออกจากโรงพยาบาล และหลังได้รับการฟื้นฟูระยะกลางนำเสนอในรูปจำนวนและร้อยละ

การเปรียบเทียบกลุ่มที่สามารถเดินได้และกลุ่มที่ไม่สามารถเดินได้ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หรือ การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวินิจฉัย เพศ ตำแหน่งของโรค สถานภาพ ผู้ดูแล โรคประจำตัว ด้านที่อ่อนแรง ระดับความอ่อนแรงของแขน มือ และขา ระดับการยืนทรงตัว และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการทดสอบที (Independent T-test) ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเกิดโรค จำนวนวันนอนโรงพยาบาล คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และที่ 6 เดือน ถ้าสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยโดยมีค่าระดับนัยสำคัญ (p-value) ที่ < 0.05 และใช้การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 195 คน หลังจากนำออกจากเกณฑ์การคัดออก เหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 54 คน เพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 51.9) เพศชาย 26 คน (ร้อยละ 48.1) อายุเฉลี่ย 66 ปี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการประเมินระดับความสามารถในการเดินก่อนออกจากโรงพยาบาล และประเมินซ้ำอีกครั้งที่ระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบบดัดแปลง

ดังผลในตารางที่ 1 มีผู้ป่วยอาการดีขึ้น 35 คน (ร้อยละ 64.8) คงที่ 18 คน (ร้อยละ 33.3) แย่ลง 1 คน (ร้อยละ 1.9)

ที่ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเอง 31 (ร้อยละ 57.4) โดยส่วนใหญ่เดิมเป็นผู้ป่วยที่ต้องช่วยเวลาเดินก่อนออกจากโรงพยาบาล 26 คน (ร้อยละ 48.1) ผู้ป่วยกลุ่มที่เดิมไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ 5 คนคิดเป็นร้อยละ 9.3 ผลดังในตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ในช่วงก่อนออกจากโรงพยาบาล หลังเข้ารับการฟื้นฟูระยะกลางสามารถมีระดับความสามารถในการเดินที่ดีขึ้น ตั้งแต่เคลื่อนที่ได้ด้วยรถเข็นนั่ง 2 คน เดินได้โดยอาศัยความช่วยเหลือ 2 คน และเดินได้ด้วยตนเอง 5 คน (ร้อยละ 3.7, 3.7 และ 9.3 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระดับความสามารถในการเดิน (โดยใช้ตามเกณฑ์คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบบดัดแปลง)

ระดับความสามารถในการเดินก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	ระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือน				ทั้งหมด (ร้อยละ)
	0	1	2	3	
0	12(22.2)	2(3.7)	2(3.7)	5(9.3)	21(38.9)
1	1(1.9)	0	0	0	1(1.9)
2	0	0	6(11.1)	26(48.1)	32(59.2)
ทั้งหมด(ร้อยละ)	13(24.1)	2(3.7)	8(14.8)	31(57.4)	54(100)

เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่สามารถเดินได้และกลุ่มที่ไม่สามารถเดินได้ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63 ปี และ 74 ปีตามลำดับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 5 วัน และ 9 วันตามลำดับ พบว่า ส่วนใหญ่ในกลุ่มที่สามารถเดินได้ เป็นเพศชาย มีระดับความอ่อนแรงของแขนมือและขาน้อยกว่า ระดับการยืนทรงตัวดีกว่า ส่วนคะแนน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่ 6 เดือน มากกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถเดินได้อย่างมีนัยสำคัญดังผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	กลุ่มที่สามารถ เดินได้ N = 39 (ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่สามารถ เดินได้ N = 15 (ร้อยละ)	p-value
การวินิจฉัย			0.78
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	30(76.9)	11(73.3)	
โรคหลอดเลือดสมองแตก	9(23.1)	4(26.7)	
เพศ			0.01*
ชาย	23(59)	3(20)	
หญิง	16(41)	12(80)	
สถานภาพ			0.89
โสด	3(7.7)	1(6.7)	
สมรส	36(92.3)	14(93.3)	
ตำแหน่งของโรค			0.84
Anterior cerebral artery	2(5.1)	0(0)	
Middle cerebral artery	23(59.0)	10(66.7)	
Posterior cerebral artery	3(7.7)	2(13.3)	
Vertebro-Basilar artery	5(12.8)	2(13.3)	
อื่นๆ	5(12.8)	1(6.7)	
ไม่ระบุ	1(2.6)	0(0)	
ผู้ดูแล			
มี	39(100)	15(100)	
ไม่มี	0(0)	0(0)	
โรคประจำตัว			
ความดันโลหิตสูง	32(59.3)	12(22.2)	0.77
ไขมันในเลือดสูง	28(51.9)	11(20.4)	0.91
เบาหวาน	14(25.9)	9(16.7)	0.25
โรคหัวใจ	7(13)	4(7.4)	0.47
โรคกระดูกและข้อ	4(7.4)	0(0)	0.20

*p < 0.05

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่สามารถ เดินได้ N = 39 (ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่สามารถ เดินได้ N = 15 (ร้อยละ)	p-value
ด้านที่อ่อนแรง			0.76
ขวา	20(51.3)	7(46.7)	
ซ้าย	19(48.7)	8(53.3)	
ระดับความอ่อนแรงของแขน			<0.001*
รุนแรง	6(15.4)	12(80)	
ปานกลาง	9(23.1)	3(20)	
น้อย	24(61.5)	0(0)	
ระดับความอ่อนแรงของมือ			<0.001*
รุนแรง	6(15.4)	14(93.3)	
ปานกลาง	8(20.5)	1(6.7)	
น้อย	25(64.1)	0(0)	
ระดับความอ่อนแรงของขา			<0.001*
รุนแรง	3(7.7)	14(93.3)	
ปานกลาง	12(30.8)	1(6.7)	
น้อย	24(61.5)	0(0)	
ระดับการยืนทรงตัว			<0.001*
แย่	12(22.2)	15(27.8)	
ปานกลาง	25(46.3)	0(0)	
ดี	2(3.7)	0(0)	
อายุ (ปี), Mean \pm SD	63.1 \pm 9.9	73.8 \pm 12.5	0.22
ระยะเวลาการเกิดโรค(ชั่วโมง), Median, IQR ; IQR 1- IQR3	7.5; 3.0-16.7	10.5, 2.0-54.0	0.29
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล(วัน), Median, IQR ; IQR 1- IQR3	4.0; 3.0-6.0	8.0; 5.0-11.5	0.08
คะแนนความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาล, Mean \pm SD	70.7 \pm 21.2	27.3 \pm 13.4	<0.001*
คะแนนความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน ที่ 6 เดือน, Median, IQR ; IQR 1- IQR3	100; 90-100	37.5; 23.7-82.5	<0.001*

*p < 0.05

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่สามารถ เดินได้ N = 39 (ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่สามารถ เดินได้ N = 15 (ร้อยละ)	p-value
รูปแบบการรักษา			0.11
ผู้ป่วยนอกร่วมกับโปรแกรมที่บ้าน	34(63)	10(18.5)	
ผู้ป่วยที่รับการฟื้นฟูในหอผู้ป่วย ร่วมกับโปรแกรมที่บ้าน	1(7.9)	0(0)	
การติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ โปรแกรมที่บ้าน	4(1.4)	5(9.3)	

หลังจากใช้ Logistic regression analysis พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือน คือ คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นเวลา 6 เดือน odd ratio เท่ากับ 1.087

ที่ 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกร่วมกับโปรแกรมที่บ้าน (Home program) ตามด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับโปรแกรมที่บ้าน และผู้ป่วยที่รับการฟื้นฟูในหอผู้ป่วยร่วมกับโปรแกรมที่บ้านตามลำดับร้อยละ 51.9, 3.7 และ 1.9 ดังผลในตารางที่ 3 แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือนกับรูปแบบในการรักษา

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือนที่ได้รับการรักษาในแต่ละรูปแบบ

ระดับ ความสามารถใน การเดินที่ 6 เดือน	รูปแบบการรักษา				p-value
	ผู้ป่วยนอก ร่วมกับ โปรแกรมที่บ้าน	ผู้ป่วยที่รับการ ฟื้นฟูในหอผู้ป่วย ร่วมกับโปรแกรม ที่บ้าน	การติดตาม เยี่ยมบ้าน ร่วมกับ โปรแกรมที่บ้าน	ทั้งหมด (ร้อยละ)	
0	8(14.8)	0	5(9.3)	13(24.1)	0.23
1	2(3.7)	0	0	2(3.7)	
2	6(11.1)	0	2(3.7)	8(14.8)	
3	28(51.9)	1(1.9)	2(3.7)	31(57.4)	
ทั้งหมด(ร้อยละ)	44(81.5)	1(1.9)	9(16.7)	54(100)	

อภิปราย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่หลังได้รับการฟื้นฟูจากสหสาขาวิชาชีพเป็นเวลา 6 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาลมีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 64.8 มีเพียงร้อยละ 1.9 ที่มีอาการแย่ลง ผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องช่วยเดิน ก่อนออกจากโรงพยาบาลมีแนวโน้มสามารถกลับมาเดินได้ด้วยตนเองสูงถึงร้อยละ 57.4 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่เดิม ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้มีเพียงร้อยละ 9.3 เท่านั้นที่สามารถกลับมาเดินได้ด้วยตนเอง เป็นการช่วยบอกรายการณโรคเบื้องต้น

การศึกษานี้ให้ผลสอดคล้องกับ 2 การวิจัยในต่างประเทศของโจเจนเซ็นและคณะ⁽⁸⁾ และไฟรแมนและคณะ⁽⁹⁾ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสามารถเดินได้ด้วยตนเองร้อยละ 65 โดยเป็นการรักษาแบบผู้ป่วย ในทั้งหมด และการศึกษาในกลุ่มประชากรคนไทยของปิยภัทรและคณะทำการศึกษาติดตามความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 1 ปีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากได้รับการรักษาแบบผู้ป่วย ในที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 9 แห่ง พบอัตราการเดินได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 58 ในผู้ป่วย 327 คน⁽¹⁰⁾ โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เคยเดินโดยต้องอาศัยอื่นช่วยมาก่อนเช่นเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของลอร์ดและคณะ⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำนวน 130 คน ใน 3 โรงพยาบาลมัลติเซ็นเตอร์ (Multicenter) ในประเทศนิวซีแลนด์ โดยให้การฟื้นฟู 3 รูปแบบ คือ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และให้โปรแกรมที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 72.3 สามารถเดินได้ด้วยตนเอง ทั้งทางราบ ทางชัน และการขึ้นลงบันไดซึ่งมีรูปแบบการรักษาที่คล้ายและให้ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษานี้ ร่วมกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือน กับรูปแบบการรักษาพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่ารูปแบบการรักษา ไม่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดินของผู้ป่วย ส่วนนโยบายเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลางคือช่วง 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการเดินที่ดีขึ้น และศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสิงห์บุรีมีความใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ในช่วงก่อนออกจากโรงพยาบาล หลังเข้ารับการฟื้นฟูระยะกลางสามารถมีระดับความสามารถในการเดินที่ดีขึ้น ตั้งแต่เคลื่อนที่ได้ด้วยรถเข็นนั่ง เดินได้โดยอาศัยความช่วยเหลือ และเดินได้ด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่สามารถเดินได้ เป็นเพศชาย มีระดับความอ่อนแรงของแขน มือและขา น้อยกว่า ระดับการยืนทรงตัวดีกว่า ส่วนคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่ 6 เดือนมากกว่า กลุ่มที่ไม่สามารถเดินได้ แต่ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาเดินได้หลัง 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญ คือ คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่เวลา 6 เดือน เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยหนึ่งในการประเมินคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งขัดกับการศึกษา ก่อนหน้าของโจเจนเซ็นและคณะ⁽⁸⁾ ไวออสคาและคณะ⁽¹²⁾ ซึ่งพบว่าอาการอ่อนแรงของขาและการทรงตัวที่ดีเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับมาเดินได้ด้วยตนเองของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและสังคมด้วย ถ้าผู้ป่วยอาการทางกายภาพที่ดีขึ้น สามารถเดินได้ด้วยตนเองจะเป็นการลดภาระของผู้ดูแลไปด้วย

ข้อสรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟู เมื่อติดตามที่ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการเดินที่ดีขึ้น ในกลุ่มที่สามารถกลับมาเดินได้ด้วยตนเองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ต้องช่วยเวลาเดินก่อนออกจากโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการเดินที่ระยะเวลา 6 เดือน คือคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นเวลา 6 เดือน และรูปแบบในการรักษาไม่มีผลต่อความสามารถในการเดินที่ดีขึ้น

ข้อจำกัด

1. ในการศึกษาวิจัยนี้ยังไม่สามารถควบคุมปริมาณและคุณภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูของผู้ป่วยแต่ละรายได้ และไม่สามารถแยกได้ว่าอาการอ่อนแรงที่ดีขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยกลับมาเดินได้ด้วยตนเองเป็นผลมาจากการฟื้นตัวตามธรรมชาติของโรคหรือเป็นผลมาจากการฟื้นฟู
2. จำนวนประชากรในการศึกษายังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นและใช้กับผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรีเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาระยะสั้นเพียง 6 เดือน งานวิจัยในอนาคตควรติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมากขึ้นเนื่องจากมีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ติดตามผู้ป่วยถึง 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถเดินได้ด้วยตนเองสูงถึงร้อยละ 92⁽¹⁰⁾
2. จากการวิจัยสามารถให้ข้อมูลการพยากรณ์ระดับความสามารถในการเดินหลังเข้ารับการฟื้นฟูระยะกลางแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติทราบตั้งแต่ขณะผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาลและนำไปพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

เอกสารอ้างอิง

1. Shah MV. Rehabilitation of the older adult with stroke. Clin Geriatr Med 2006;22:469–89.
2. Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Puthkhao P, Towanabut S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. J Med Assoc Thai. 2011;94:427–436.
3. Kuptniratsaikul V, Thitisakulchai P, Sarika S, et al. The Burden of Stroke on Caregivers at 1-year after Discharge: A Multicenter Study. J Thai Rehabil Med 2018;28(1):8-14.
4. Hajek VE, Gagnon S, Ruderman JE. Cognitive and Functional assessment of stroke patients: an analysis of their relation. Arch Phys Med Rehabil 1997;78:1331-7.
5. Scranton RN, Fogel ML, Erdman WJ. Evaluation of Functional levels of patients during and following rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 1970;51:1-21.
2. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, et al. Outcome and time course of recovery in stroke. Part II: time course of recovery. The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:406–12.

3. สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และคณะ. ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย: โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2554;94(4):427-36.
8. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Recovery of walking function in stroke patients: the Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:27-32.
9. Friedman PJ. Gait recovery after hemiplegic stroke. Int Disabil Studies 1991;12:119-22.
10. Dajpratham P, Kuptniratsaikul V, Putthakumnerd W, et al. Walking Function at 1-Year after Stroke Rehabilitation: A Multicenter Study. J Med Assoc Thai 2014; 97 (1): 107-12.
11. Lord SE, McPherson K, McNaughton HK, et al. Community ambulation after stroke: how important and obtainable is it and what measures appear predictive? Arch Phys Med Rehabil 2004;85:234-9.
12. Viosca E, Lafuente R, Martínez JL, et al. Walking recovery after an acute stroke: assessment with a new functional classification and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1239-44.