กรณีศึกษา: การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ จ. นครสวรรค์

Case Study of Intermediate Care in Stroke Rehabilitation by Thai Tradition Medicine

ปราณี คณทา, วท.บ.
Pranee Khontha, B.sc.

Abstract

Background: Currently, stroke is one of the leading causes of death and disability, and its prevalence is steadily increasing. Globally, one in four people aged 25 and older suffer from stroke. In 2019, there were over 101 million stroke patients, with 12 million new cases annually. According to statistics from the Ministry of Public Health in 2023, Thailand recorded 349,126 stroke cases, resulting in deaths and disabilities. Therefore, bridging this gap in care is crucial. A community-based referral system is needed to provide mid-term rehabilitation for stroke patients. This involves a multidisciplinary team offering diverse services and integrated treatment, combining traditional Thai medicine with modern medical treatments to help stroke patients return to normal lives.

Objective: This study aimed to track treatment outcomes and changes in physical fitness, ability to perform daily activities, stress levels, depression, and quality of life in patients with mid-term stroke after receiving care using traditional Thai medicine in primary healthcare settings, employing a purposive case study design.

Methods: This case study involves a 70-year-old Thai female patient diagnosed with hemiplegia. She presented with weakness in her left limbs, headache, and slurred speech. A CT scan revealed an acute lacunar infarction. After discharge, she was referred to a primary care unit for follow-up home visits in the community by a multidisciplinary team. Assessment, screening, and rehabilitation planning included 60 minutes of traditional Thai massage, 20 minutes of herbal compress, and practicing Ruesi Dat Ton (Thai yoga) postures (postures 6 and 8) twice a week for eight weeks, followed by weekly massages for 16 weeks. The results showed an improvement in motor power from grade 3 to grade 4, consistent with the Barthel ADL Index, from 14 to 20 points (42.8%). Pain levels decreased from level 6 (moderate pain) to level 2 (slight pain) (66.7%). Stress levels decreased from 57 points (high) to 40 points (moderate) (29.8%).

Results: The patient's motor power increased from grade 3 to grade 4 in week 3, consistent with the Barthel ADL Index, rising from 14 to 20 points. This represents a 42.8% improvement in self-reliance. Pain management was also discussed. Regarding mental health, the study found that pain levels decreased from level 6 (moderate pain) to level 2 (mild pain) by 66.7%. Stress levels decreased from 57 points (high level) to 40 points (moderate level), representing a 29.8% reduction.

Conclusion: the rehabilitation model using traditional Thai medicine in a primary care context is effective in providing holistic care for patients with intermediate-stage stroke, addressing physical, emotional, and mental well-being, and improving their quality of life. The study results can be used as a model for developing integrated treatment quality and expanding the service system in Health Region 3 to further enhance long-term quality of life.

Keywords: Traditional Thai Medicine, Intermediate-stage Stroke, Rehabilitation

วันที่รับ (received) 2 กุมภาพันพันธ์ 2569
วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 พฤษภาคม 2569
วันที่ตอบรับ (accepted) 15 พฤษภาคม 2569
Published online ahead of print 16 มิถุนายน 2569

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
Department of Community medicine department, Swanpracharak Hospital, Nakhonsawan

Corresponding Author: ปราณี คณทา
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
Email: ttm_kob@hotmail.com
doi: .....

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการและ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562 พบผู้ป่วยมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 12 ล้านคนต่อปี จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และเกิดความพิการ การดูแลที่ลดช่องว่าง ที่ขาดหายไป จึงเป็นระบบส่งต่อให้กับชุมชน เพื่อดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบบริการที่หลากหลาย โดยการรักษาแบบบูรณาการ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการรักษา และการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพทางกายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางภายหลังได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยใช้การศึกษาแบบกรณีศึกษา แบบเฉพาะเจาะจง

กรณีศึกษาคือผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี วินิจฉัยโรคลมอัมพฤกษ์ มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปวดศีรษะ ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ผล CT Scan เกิด Acute Lacunuar Infarction หลังจากแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน และเข้าสู่ระบบการส่งต่อให้กับหน่วยปฐมภูมิ โดยติดตามการเยี่ยมบ้านในชุมชนด้วยสหวิชาชีพ ประเมินคัดกรอง วางแผนโดยการฟื้นฟูด้วยการนวดแบบราชสำนัก 60 นาที ประคบสมุนไพร 20 นาที ฝึกท่าฤาษีดัดตน ท่าที่ 6 และ 8 สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง จากนั้นนวดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อ (Moter power) เพิ่มขึ้นจากเกรด 3 เป็นเกรด 4 สอดคล้องกับ Barthel ADL Index จาก 14 คะแนน เป็น 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 42.8 ระดับความปวด ระดับ 6 (ปวดปานกลาง) ลดลงระดับ 2 (ปวดเล็กน้อย) คิดเป็น ร้อยละ 66.7 ระดับความเครียดลดลง จาก 57 คะแนน (ระดับสูง) เหลือ 40 คะแนน (ระดับกลาง) คิดเป็นร้อยละ 29.8

สรุปได้ว่า รูปแบบการฟื้นฟูด้วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในบริบทปฐมภูมิ มีประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ แบบองค์รวม และเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นรูปแบบพัฒนาคุณภาพการรักษาแบบบูรณาการ จัดระบบบริการขยายผลในเขตสุภาพที่ 3 เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ศาสตร์การแพทย์แผนไทย, โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง, การฟื้นฟู

บทนำ

ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการซึ่งพบได้ทุกเพศทุกวัย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ 90% ของโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ โดยสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 12 ล้านคนต่อปี จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย[1] ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่รองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราความพิการและการพึ่งพิงจากบุคคลในครอบครัว การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะวิธีการการนวดไทยที่เป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมการใช้สมุนไพรนำมาเป็นรูปแบบการรักษาการฟื้นฟู ให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อให้กลับมาใช้ชีวิตได้ปกติดีขึ้น

จากการศึกษาการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาบูรณาการร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันและระยะกลาง (Intermediate care) มีการศึกษาของ วิเชียร ชัยชนะ (2565) เกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดแบบราชสำนักโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน ประกอบด้วยการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำกายภาพและนวดราชสำนักและผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการรักษามาตรฐานอย่างเดียวพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตแตกต่างจาก กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X ทดลอง = 15.92, X ควบคุม = 14.21, *p*-value = 0.001 และ X ทดลอง = 0.74, X ควบคุม = 0.61, *p*-value = 0.001 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนัก ไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการนวด[2] และการศึกษาของปราณี งามตา (2568) เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่อการเพิ่ม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยแบบกึ่ง ทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับ Motor Power การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ การประเมินระดับ ความเจ็บปวด และการประเมินผลค่าคะแนน ADL มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*-value < 0.05 ทำให้เห็นถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของการฟื้นฟูจากการนวดราชสำนัก การเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตของ[3] และการศึกษาของประถมพร

มาตย์วิเศษและนาตยา วรรณการ (2568) เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานของสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของ กล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคามพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มากกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์[4] และทรงกต เผ่าพันธุ์ (2567) เกี่ยวกับ ผลของการให้บริการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในการดูแลระยะกลาง บริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่าการฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับการฟื้นฟูตามมาตรฐาน สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงควรแนะนำรูปแบบการรักษานี้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ทุกราย[5] ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของการให้บริการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ทั้งในโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีระบบการจัดการได้ชัดเจน ส่งผลให้การฟื้นฟูผู้ป่วยในสมรรถภาพทางกายเพิ่มมากขึ้นและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญจะเห็นได้ว่าศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบผสมผสานโดยยึดหลักการรักษาแบบบูรณาการ เป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลสูงและมีความปลอดภัย นอกจากช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและลดความพิการ ลดภาระของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยให้กลับบ้าน ให้กลับมาดูแลฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นการดูแลที่ลดช่องว่างที่ขาดหายไป จึงเป็นระบบการส่งต่อให้กับชุมชน จากนั้นได้รับการประเมินและคัดกรองเข้าสู่การดูแลระยะกลาง ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยระหว่างภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน โดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบบริการที่หลากหลายความต้องการ เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองและกลับมาเป็นปกติได้ตามสมควร[6]

พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบันถึงจะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงของผู้ป่วยในพื้นที่ชุมชน จากสถิติข้อมูลปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ ทั้งหมด 924 ราย โดยเฉพาะพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำพบผู้ป่วยจำนวน 148 ราย และ ในปี 2567 ช่วง 2 ไตรมาสแรก มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 651 ราย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำมีผู้ป่วย 111 ราย ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (รายงาน Health Dashboard Center: HDC, 2567)[7] จากการติดตามเยี่ยมบ้านเบื้องต้น พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่ได้มีปัญหาทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว แต่ยังมีภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ความเครียด ในครอบครัว จึงเป็นอุปสรรคสำคัญทางด้านจิตใจในการดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับปฐมภูมิ เพื่อศึกษารูปแบบการฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระดับนโยบายต่อไป และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพตนเอง การนำฤาษีดัดตน มาประยุกต์ใช้เป็นท่าทางที่ไม่ซับซ้อน ผสมผสานกับการหายใจ ให้เกิดสมาธิด้วยกันทั้งผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติเองได้ที่บ้าน การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับปฐมภูมิ เพื่อศึกษารูปแบบการฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระดับนโยบายต่อไป

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ เป็นระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ดูแลประชาชนแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวม 15 ชุมชน ประชากรทั้งหมด จำนวน 12,065 คน ให้การบริการผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ ปี 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องติดตามการรักษาจำนวน 148 รายและปี 2567 ช่วงไตรมาสที่ 2 จำนวน 111 ราย ดังนั้นเพื่อให้การติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและจัดระบบการดูแลเยี่ยมติดตามอาการของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายในเขตพื้นที่รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงสนใจให้การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างทั่วถึง เพื่อลดปัญหาความพิการซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามีสมรรถนะทางร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อติดตามผลการรักษา และการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพทางกายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางภายหลังได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาจากสถิติรายงานข้อมูล Health Dashboard Center: HDC ตั้งแต่ปี 2566- 2567 เพื่อสำรวจ อัตราการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางผ่านระบบ Thai coc ทีมสหวิชาชีพ นำมาใช้ในการวางแผนกำหนดเลือกกรณีศึกษา

2. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบฟื้นฟูในหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีความพร้อมในการติดตามต่อเนื่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติทั้งการเจ็บป่วยปัจจุบัน อดีต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว สาเหตุการเกิดโรค ประเมินสภาพผู้ป่วย แนวทางการฟื้นฟูตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

4. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางด้านแผนไทย แผนปัจจุบัน การฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนจากตำราวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษรวมทั้งค้นหาทาง Internet เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา เชื่อมโยงกับมาตรฐานการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพตามแนวเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย

5. ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่ COM 41/2567 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 จากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

6. ปรึกษาแพทย์แผนไทย นักกายภาพ และพยาบาลที่มีความชำนาญการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษา

7. วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค สิ่งที่เรียนรู้ จากกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย จบการศึกษา ชั้นประถมปีที่ 4 อาชีพแม่บ้าน รายได้จากเงินผู้สูงอายุ 600 บาทต่อเดือน ภูมิลำเนาอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์

วินิจฉัยโรค (แผนไทย) ลมอัมพฤกษ์

วินิจฉัยโรค (แผนปัจจุบัน) La cunuar Infarction

อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 17 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 17 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยลุกขึ้นเดินเข้าห้องน้ำ มีอาการมึนศีรษะ ล้มลงศีรษะไม่กระแทกพื้น จากนั้นมีอาการปวดศีรษะ รับประทานยาพาราเซตามอล อาการไม่ทุเลาจึง ไปพบแพทย์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ ได้รับการส่งต่อโรงพยาลสวรรค์ประชารักษ์ ผล CT Scan พบ acute lacunuar Infarction ผู้ป่วยนอนรับการรักษา 5 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ส่งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มา 4 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา อาหารทะเล และสารเคมี ผู้ป่วยไม่มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา (สมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ 1-10 มวน ต่อวัน)

ประวัติส่วนตัว รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ไม่ตรงเวลา ชอบอาหารรสเปรี้ยวเค็ม ดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว ดื่มกาแฟซองวันละ 1 แก้ว ในตอนเช้าทุกวัน นอนหลับพักผ่อนวันละ 8 –9 ชั่งโมง หลับไม่สนิท ปัสสาวะวันละ 4 ครั้ง สีเหลืองใสไม่แสบไม่ขัด อุจจาระวันละ1 ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก

- สภาพแวดล้อม บ้านเดี่ยว 2 ชั้น มีใต้ถุนสูง สมาชิกภายในบ้าน 3 คน ลูกชายและ สะใภ้ มีหลานสาว 1 คน

แผนการติดตามเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ (แรกรับก่อนเข้ารับการฟื้นฟู)

- ประเมินภาวะของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซักถามอาการ ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วยสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลสุขภาพ การทำกายบริหาร ฝึกการเคลื่อนไหว
- นักกายภาพสอนการเคลื่อนไหวร่างกายการใช้อุปกรณ์การเดิน
- เภสัชกรรม แนะนำการรับประทานยา

1. manidipine 20 mg Tab รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งเวลาเช้า
2. clopidogrel 75 mg Tab รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า
3. atovastatin 40 mg Tab รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน
4. aspirin enteric coated81 Tab รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า

การตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า

ศีรษะ: ศีรษะตั้งอยู่กลางลำคอ ขนาดปกตอรูปร่างกลมสมมาตร ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีแผล ผมยาวสีดำและมีสีขาวแซม หนังศีรษะสะอาดไม่มีรอยโรค

ใบหน้า: อวัยวะบนใบหน้า 2 ข้าง ไม่สมมาตร ไม่บวม ไม่มีแผลเป็น

ตา: ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจน Pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด

หู: หูขนาดรูปร่างปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง อยู่ในแนว Eye Occiput Line ไม่มี Discharge ผิดปกติ

จมูก: จมูกมีความสมมาตรกัน ไม่คด ไม่เอียงหรือผิดปกติ ปีกจมูกไม่บาน ไม่มี รอยโรค กดไม่เจ็บเยื่อจมูกชุ่มชื้น ไม่มีการอักเสบ ผนังกั้นจมูกไม่คด ไม่มี Discharge ผิดปกติ

ปาก: ปากไม่เบี้ยว มุมปากเท่ากัน เยื่อบุช่องปากชุ่มชื้น ไม่มีรอยโรค

คอ: มีความสมมาตรกันไม่มีรอยโรค ไม่มีการโป่งของหลอดเลือดที่คอ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ผิวหนัง: สีผิวเนื้อดำแดง ไม่มีอาการบวม ไม่มีผื่นหรือ จุดจ้ำเลือด ไม่มีแผลฟกช้ำ ไม่มีผิวหนังเขียวหรือม่วง

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: หน้าอกสมมาตรกันทั้ง

2 ข้าง ไม่มีอกตึงหรือบุ๋ม ไม่มีอกถังหรืออกไก่ หายใจได้เองสม่ำเสมอ ฟังเสียงปอดปกติ เสียงลมเข้าปอดเท่ากันดีทั้ง 2 ข้าง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจปกติ จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ

ระบบทางเดินอาหาร: ท้องรูปร่างกลมทั้งสองข้างสมมาตรกัน นุ่ม ไม่มีการกดเจ็บ ไม่มีก้อน ไม่เคยอุจจาระเป็นเลือดไม่มีอาการท้องอืด คลำตับม้ามไม่พบ เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ

ระบบประสาท: ผู้ป่วยอ่อนเพลีย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง E4V5M6, Pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง รับรู้ตัวเองและสิ่งแวดล้อมได้ ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) แขนและขาข้างขวาเกรด 5 แขนและขาข้างซ้าย เกรด 3

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: แนวกระดูกสันหลังสมมาตรทั้ง 2 ข้าง

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ไม่มีปัสสาวะลำบาก หรือมีเลือดปน

ระบบต่อมไร้ท่อ: ต่อมไร้ท่อและตับอ่อนทำงานปกติ ไม่มีประวัติเบาหวาน

ระบบต่อมน้ำเหลือง: คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกาย โตผิดปกติ กดไม่เจ็บ

สภาพจิตใจและอารมณ์: กังวลกับสภาพปัญหาภายในครอบครัวเรื่องบุตรและสะใภ้

- ทำแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) อยู่ในระดับความเครียด ระดับคะแนน 42–61 คะแนน ผู้ป่วยมีความเครียดระดับสูง จากการซักถาม สังเกต ผู้ป่วยสีหน้าเคร่งเครียดและรู้สึกเสียใจจากปัญหาครอบครัวด้านเงินไม่พอใช้จ่ายและปัญหาโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยจัดการปัญหานั้นไม่ได้ ปรับความรู้สึกยากลำบาก

- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบปัญหา ว่าผู้ป่วยรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน

- ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q ประเมินได้ 12 คะแนน แปลผล มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย

- แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม 8Q ประเมินได้ 0 คะแนน แปลผล ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

การประเมินสภาพร่างกาย

น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต ครั้งที่ 1 169/111 มิลลิเมตรปรอท ครั้งที่ 2 169/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที

การตอบสนองของกล้ามเนื้อ (Reflex) Reflex

Reflex	Right	left
Biceps jert	2+	1+
Triceps jert	2+	1+
Knee jert	2+	1+
Ankle jert	2+	1+

- ประเมิน Barthel ADL index: เท่ากับ 14 คะแนน การเคลื่อนไหวร่างกาย เดินต้องใช้อุปกรณ์ Walker เคลื่อนไหวลำบาก และต้องมีญาติดูแล ขณะเข้า ห้องน้ำ การเดิน การอาบน้ำ แต่งตัว ขึ้นบันได ต้องให้ญาติช่วย การใส่เสื้อผ้าต้องมีคนช่วย เคลื่อนไหวต้องมีคนพยุง เดินลงบันไดไม่สามารถทำได้ ต้องให้ญาติช่วยดูแล

วันที่ 2 มีนาคม 2568 ศูนย์สุขภาพชุมชนสะพานดำพร้อมด้วยทีมสหวิชาชีพ ติดตามการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ญาติคอยช่วยดูแล เคลื่อนไหวลำบาก มีอาการปวดไหล่มากเวลายกแขน เท้าบวม ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพและญาติในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่เหมาะสม สร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการการดำเนินของโรค

การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย

1. สมุฏฐานการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับแนวทางเกิดตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย[8]

หัวข้อการวิเคราะห์	รายละเอียด	การแปลผลต่ออาการผู้ป่วย
1. ธาตุสมุฏฐาน	ปฐวีธาตุ (ธาตุดิน) • มัตถเกมัตถลุงคังพิการ ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ ไหวพริบ และการควบคุมการเคลื่อนไหว • มังสังพิการ ส่งผลต่อกล้ามเนื้อและข้อต่อ • หทยังพิการ หัวใจเต้นแรงและถี่ ชีพจรหนักแรง	เกิดอาการปวดศีรษะรุนแรง ปวดท้ายทอย ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง
	อาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) • โลหิตตังพิการ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอ	เกิดอาการชา กล้ามเนื้อหดเกร็ง ตึงแข็ง
	วาโยธาตุ (ธาตุลม) • ลมอุทธังคมาวาตาพิการ เปรียบเสมือนการสั่งการของสมองและไขสันหลัง • ลมอโธคมาวาตาพิการ เปรียบเสมือนประสาทรับความรู้สึก	แขนขาอ่อนแรง การรับความรู้สึกลดลง เคลื่อนไหวไม่ได้ มีอาการปวด

หัวข้อการวิเคราะห์	รายละเอียด	การแปลผลต่ออาการผู้ป่วย
	เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) • ปริณามัคคีหย่อน ไฟย่อยอาหารอ่อนกำลัง	ระบบย่อยอาหารเสียสมดุล เกิดการสะสมของเสีย ส่งผลกระทบต่อระบบลมและหัวใจ
2. อุตุสมุฏฐาน	เริ่มเจ็บป่วยวันที่ 20 มกราคม 2568 (แรม 7 ค่ำ เดือน 2)	สมุฏฐานเตโช ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้น
3. อายุสมุฏฐาน	อายุ 70 ปี อยู่ในช่วงปัจฉิมวัย ธาตุเจ้าเรือนเป็นวาโยธาตุ	วาโยธาตุกำเริบง่าย ทำให้เกิดอาการรุนแรงกว่าในวัยอื่น
4. กาลสมุฏฐาน	เริ่มมีอาการช่วงเวลา 03.00 น. (พิกัดวาตะกระทำ)	วาโยธาตุกำเริบ ส่งผลให้เกิดอาการปวดศีรษะ ท้ายทอย ใบหน้าชา แขนขาอ่อนแรง
5. ประเทศสมุฏฐาน	จังหวัดนครสวรรค์ จัดอยู่ในประเทศน้ำฝนเป็อกตม	เป็นสมุฏฐานวาโย สนับสนุนให้โรคกำเริบรุนแรง
6. มูลเหตุการเกิดโรค (อาหารให้โทษ)	• ดื่มกาแฟซองทุกเช้าตั้งแต่อายุ 40 ปี • รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ไม่ตรงเวลา • ชอบอาหารรสเปรี้ยว เค็ม • อดนอน อดน้ำ	เพิ่มวาตะและปิตตะในร่างกาย ส่งผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท และกระตุ้นการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. การตรวจเฉพาะที่

การดู: ดูกล้ามเนื้อแขนและขา ไม่มีกล้ามเนื้อฝ่อลีบ เท้าข้างซ้ายบวม

การคลำ: กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนนิ่ม ข้อไหล่ไม่มีหลุดหลวม อุณหภูมิที่เท้าเย็นกว่าขาข้างขวา

การสังเกต: ผู้ป่วย ลักษณะสีหน้าเรียบเฉย มีความกังวลกับการเจ็บป่วย พูดช้า ตอบคำถามจะใช้ความคิดระยะเวลานาน ลักษณะเดิน เดินลากขาไม่ยกขา

3. ตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมแผนไทย[6]

วิธีการตรวจทางหัตถเวช	ผลการตรวจก่อนการรักษา
1. การวัดส้นเท้าทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายยาว 2 เซนติเมตร
2. กระดกข้อเท้าขึ้นลงทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายทำได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา
3. กระดิกนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายทำได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา
4. ตั้งขาชันเข่าทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายตั้งชันเข่าไม่ได้ ผู้ป่วยใช้ขาข้างขวาช่วย ตั้งชันได้แต่ยังไม่มั่นคง
5. กระดกนิ้วมือทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายทำได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา
6. การกำมือแบมือทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายทำได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา
7. คว่ำมือหงายมือทั้ง 2 ข้าง	ทำข้างซ้ายได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา
8. ตั้งข้อศอกทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายทำได้ แบบไม่มั่นคงเท่ากับข้างขวา
9. ชูแขนขึ้นเหนือศีรษะทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายยกแขนชิดหูได้เท้ากับข้างขวาแต่ข้างยกแขนแล้วปวด ระดับความเจ็บปวด ระดับ 6 ปวดปานกลาง
10. ทดสอบแรงบีบมือทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายแรงน้อยกว่าข้างขวา
11. ทดสอบแรงถีบปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าข้างขวา
12. ลักษณะทั่วไปผิว ความร้อน	หลังเท้าข้างซ้ายเย็น บวม

หลังจากนวดและประคบสมุนไพรผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจการให้บริการโดยมีข้อมูลการให้บริการดังนี้

1. การให้บริการของบุคลากร เช่นการให้คำแนะนำการบริการระหว่างการทำหัตถการ

2. ความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการทำหัตถการ (นวดประคบสมุนไพร)

3. ขั้นตอนการให้บริการสะดวก รวดเร็ว

4. สถานที่ให้บริการมีความเหมาะสม

5. ความพึงพอใจในภาพรวม ต่อการได้รับการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยมีความระดับความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย

วางแผนการฟื้นฟู ติดตามเยี่ยมบ้าน

นวดแบบราชสำนัก ประคบสมุนไพร ท่ากายบริหารด้วยฤาษีดัดตน จำนวน 2 ท่า และให้คำแนะนำ ที่บ้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์และนวดต่อสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 16 ครั้ง โดยประเมินผลครั้งแรกก่อนเข้ารับการฟื้นฟู หลังจากได้รับการฟื้นฟู ครั้ง 5 ครั้งที่ 10 และครั้งที่ 16 เพื่อติดตามอาการระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทรงกต เผ่าสิงห์แก้ว (2567) ที่ทำการศึกษาผลของการให้บริการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะกลาง บริบทหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์[5]

ขั้นตอนก่อนการนวดแบบราชสำนัก

1. ตรวจวัด Vital sings ก่อนการนวดแบบราชทุกครั้งตามเกณฑ์เวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย

2. ประเมินความเจ็บปวด ใช้ Numeric Rating Scale: NRS ใช้มาตรวัดเป็นตัวเลขประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นมาตรวัดดังนี้ โดย 0 ไม่มีอาการปวดเลย 1-3 ปวดเล็กน้อย (รบกวนน่ารำคาญ) 4-6 ปวดปานกลาง (รบกวนการทำกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก) 7-10 ปวดรุนแรง (ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้)[9]

แนวทางการนวดฟื้นฟูแบบราชสำนัก 12 ขั้นตอน[6]

ลำดับ	รายการนวด	รายละเอียด
1	นวดพื้นฐานขา	เน้นข้อเท้า เปิดประตูลมข้างที่เป็น
2	นวดพื้นฐานหลัง	นวดสัญญาณหลัง 1–5 จำนวน 3 รอบ
3	นวดพื้นฐานขาด้านนอก	นวดสัญญาณขาด้านนอก 1–5 จำนวน 3 รอบ
4	นวดพื้นฐานขาด้านใน	นวดสัญญาณขาด้านใน 1–5 จำนวน 3 รอบ
5	นวดพื้นฐานท้อง	นวดสัญญาณท้อง 1–5 จำนวน 3 รอบ
6	นวดพื้นฐานแขนด้านใน	นวดสัญญาณแขนด้านใน 1–5 จำนวน 3 รอบ
7	นวดพื้นฐานแขนด้านนอก	นวดสัญญาณแขนด้านนอก 1–5 จำนวน 3 รอบ
8	นวดพื้นฐานบ่าไหล่	นวดสัญญาณหัวไหล่ 1–5 จำนวน 3 รอบ
9	นวดพื้นฐานโค้งคอ	นวดจำนวน 3 รอบ
10	นวดสัญญาณศีรษะด้านหลัง	สัญญาณ 1–5 จำนวน 3 รอบ
11	กดจุดจอมประสาท	จำนวน 1 รอบ
12	นวดสัญญาณศีรษะด้านหน้า	สัญญาณ 1–5 จำนวน 3 รอบ

การให้คำแนะนำ

1. งดอาหารแสลง อาหารพวกของหวานจัด รสมันจัด ของเย็น เช่น ไอศกรีม เนยแข็ง เพราะอาหารแสลง อาทิ หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ มีกรดยูริกสูง ทำให้มีอาการปวด อาหาร พวกมันเย็นจัด อาหารหวานมันเค็ม อาหารหมักดอง เช่นของทอด กะทิ

2. พักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกาย และธาตุทั้ง 4 มีความสมดุลกันไม่นอนทับแขนข้างซ้าย ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดได้ไม่ดี

3. ฝึกท่ากายบริหาร ท่าฤาษีดัดตน ท่าที่ 6 ท่านั่งนวดเข่า บริหารหลัง เข่า ท่าที่ 8 ท่าอวดแหวานเพชร (แก้ลมในแขน) ช่วยบริหารแขน นิ้วมือ ช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อข้อต่อร่วมกับฝึกการหายใจร่วมกับท่ากายบริหาร เพื่อยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ

4. ประคบสมุนไพร 20 นาที เช้า-เย็น

5. ห้ามนอนทับแขนข้างซ้ายทำ ให้เกิดอาการปวดหรือชา บางครั้งจากการนอนทับทำ ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงแขนได้น้อย[10]

ตารางประเมินผลการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย[6]

วิธีตรวจหัตถเวช	ผลการตรวจก่อนรักษา	ผลการตรวจรักษาครั้งที่5	ผลการตรวจรักษาครั้งที่ 10	ผลการตรวจรักษาครั้งที่ 16
วัดส้นเท้าทั้ง 2 ข้าง	ข้างซ้ายยาวกว่าข้างขวา 2 ซ.ม.	ข้างซ้ายยาวกว่าข้างขวา 1.5 ซ.ม.	ข้างซ้ายยากว่าข้างขวา 1 ซ.ม.	ข้างซ้ายยาวเท่ากัน
กระดกข้อเท้าขึ้นลง	ทำได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา	ทำได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา	ทำได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา	ทำได้แต่ต้องใช้เวลาไม่ได้องศา

วิธีตรวจหัตถเวช	ผลการตรวจก่อนรักษา	ผลการตรวจรักษาครั้งที่5	ผลการตรวจรักษาครั้งที่ 10	ผลการตรวจรักษาครั้งที่ 16
กระดิกนิ้วเท้าขึ้นลง	ทำได้ แต่ไม่เต็มกำลัง เท่ากับข้างขวา	ทำได้ แต่ไม่เต็มกำลังเท่ากับข้างขวา	ทำได้ แต่ไม่เต็มกำลังเท่ากับข้างขวา	ทำได้ แต่ไม่เต็มกำลังเท่ากับข้างขวา
ตั้งชันเข่าสองข้าง	ใช้เท้าข้างขวาช่วย ตั้งแบบไม่มั่นคง	ตั้งขาชันเข่าได้เอง	ตั้งขาชันเข่าได้เอง	ตั้งขาชันเข่าได้เอง
ทดสอบแรงถีบปลายเท้า 2 ข้าง ลักษณะทั่วไปผิว	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าข้างขวาเท้าบวม อุณหภูมิเท้าเย็นกว่าข้างขวา	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าข้างขวาอุณหภูมิเท้าปกติ	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าข้างขวา	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าข้างขวา
คว่ำ-หงายมือ	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้
กระดกข้อมือขึ้น-ลง	ทำได้ ไม่เต็มกำลัง	ทำได้ ไม่เต็มกำลัง	ทำได้ ไม่เต็มกำลัง	ทำได้ ไม่เต็มกำลัง
กำ-เหยียดมือ	ทำได้ ไม่เต็มกำลัง	ทำได้ ไม่เต็มกำลัง	ทำได้ ไม่เต็มกำลัง	ทำได้ ไม่เต็มกำลัง
ตั้งข้อศอก	ทำได้ แบบไม่มั่นคง	ทำได้, มั่นคง	ทำได้, มั่นคง	ทำได้, มั่นคง
ชูแขนชิดหูขึ้นเหนือศีรษะ	ยกแขนได้แต่มีอาการปวดระดับ 6 (ปวดปานกลาง)	ยกแขนได้แต่มีอาการปวดระดับ 4 (ปวดปานกลาง)	ยกแขนได้ปวด ระดับ 3 (ปวดเล็กน้อย)	ยกแขนได้ปวด ระดับ 2 (ปวดเล็กน้อย)
ทดสอบแรงบีบของมือ 2 ข้าง	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าว่าข้างขวาไม่สามารถสู้แรงผู้ตรวจได้	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าว่าข้างขวาแต่สามารถสู้แรงผู้ตรวจได้	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าว่าข้างขวาแต่สามารถสู้แรงผู้ตรวจได้	ข้างซ้ายกำลังแรงน้อยกว่าว่าข้างขวาแต่สามารถสู้แรงผู้ตรวจได้
ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Moter power)	แขนขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายเกรด 3	แขนขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายเกรด 4	แขนขาข้างขวา เกรด 5 แขนขาข้างซ้ายเกรด 4	แขนขาข้างขวา เกรด 5 แขนขาข้างซ้ายเกรด 4
Barthel ADlIndex)	14 คะแนน	16 คะแนน	18 คะแนน	20 คะแนน

ประเมินผลการติดตามด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

การติดตาม	ผลการประเมิน
ก่อนเข้ารับการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	1. Barthel ADL index เท่ากับ 14 คะแนน 2. Moter power: แขนขาข้างขวา เกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 3 3. ประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20). ผู้ป่วยมีความเครียดระดับสูง - ประเมิน 2Q รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน - ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q 12 คะแนนซึมเศร้าระดับน้อย - แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม 8Q คะแนนรวมได้ 0 แปลผล ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 4. ประเมินความพึงพอใจการให้บริการ: พึงพอใจมาก
วันที่ 1 เมษายน 2568 (ผลการตรวจรักษา ครั้งที่ 5)	1. Barthel ADL index เท่ากับ 16 คะแนน 2. Moter power: แขนขาข้างขวา เกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 4 3. ประเมินความพึงพอใจการให้บริการ: พึงพอใจมาก
วันที่ 23 เมษายน 2568 (ผลการตรวจรักษา ครั้งที่ 10)	1. Barthel ADL index เท่ากับ 18 คะแนน 2. Moter power: แขนขาข้างขวา เกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 4 3.ประเมินความพึงพอใจการให้บริการ: พึงพอใจมาก
วันที่ 4 มิถุนายน 2568 (ผลการตรวจรักษา ครั้งที่ 16)	1. Barthel ADL index เท่ากับ 20 คะแนน 2. Moter power: แขนขาข้างขวา เกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 4 3. ประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST - 20). ผู้ป่วยมีความเครียดระดับปานกลาง 4. ประเมินความพึงพอใจการให้บริการ: พึงพอใจมาก

ผลการติดตามด้วยการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย แรกรับก่อนเข้ารับการฟื้นฟู ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ Walker ได้ลำบาก มีญาติดูแล ขณะเข้าห้องน้ำ การเดิน การอาบน้ำ แต่งตัว ขึ้นบันได ญาติช่วยดูแล

ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ Moter Power แขนขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 3 ประระเมิน Barthel ADL index เท่ากับ 14 คะแนน ประเมินความเจ็บปวด อยู่ในระดับ 6 ปวดปานกลาง ประเมินแบบวัดความเครียด (SPST - 20) ได้คะแนน 57 คะแนน ความเครียดระดับสูง (ระดับคะแนน 42 – 61 คะแนน ระดับเครียดสูง) ประเมินคัดกรองซึมเศร้า 2Q ผู้ป่วยรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q ได้ 12 คะแนน ซึมเศร้าระดับน้อย ทำแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม 8Q คะแนนรวมได้ 0 แปลผลไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

หลังจากได้รับการฟื้นฟูครบและประเมินผล ครั้งที่ 5 (ในสัปดาห์ที่ 3) การเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้ Walker เคลื่อนไหวไม่ลำบากแต่ช้า มีญาติดูแล ขณะเข้าห้องน้ำ การเดินช้า การอาบน้ำ แต่งตัว ขึ้นบันได ญาติช่วยดูแล ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ Moter Powerแขนขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 4 ประระเมิน Barthel ADL index เท่ากับ 16 คะแนน ประเมินความเจ็บปวด อยู่ในระดับ 4 ปวดปานกลาง

หลังจากฟื้นฟูครบและประเมินผล ครั้งที่ 10 (ในสัปดาห์ที่ 6) การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้ไม้เท้า เคลื่อนไหวไม่ลำบากแต่ช้า การเดินช้าห้องน้ำการอาบน้ำ ทำได้เอง แต่ยังไม่มารถเดินลงขึ้นบันได ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ Moter Power แขนขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 4 ประระเมิน Barthel ADL index เท่ากับ 18 คะแนน ประเมินความเจ็บปวด อยู่ในระดับ 3 ปวดปานกลาง

หลังจากฟื้นฟูครบและประเมินผล ครั้งที่ 16 (สัปดาห์ที่ 12) การเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้ไม้เท้าสามขา เดินเองได้ และสามารถพยุงตัวขึ้นเองได้ดี ประเมินกำลัง Moter power: แขนขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 4 ประเมิน Barthel ADL index เท่ากับ 20 คะแนน ประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) . ประเมินแบบวัดความเครียด (SPST - 20) .ผู้ป่วย อยู่ในระดับ ระดับคะแนน 24 – 31 คะแนน ได้คะแนน 40 คะแนน เครียดระดับปานกลาง กังวลเรื่องของรายได้และค่าใช้จ่ายของคนในครอบครัว แต่เมื่อนำมาประเมินระดับความเครียด คะแนนลดลง ประเมินความพึงพอใจการให้บริการผู้ป่วยพึงพอใจมาก การติดตามผู้ป่วยในครั้งที่ 12 ประเมินทางหัตถเวชกรรมแผนไทย พบว่าผู้ป่วยมีส้นเท้ายาวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

สรุป

การวิจัยเชิงกรณีศึกษาเรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยโรหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ จังหวัดนครสวรรค์

จากการติดตามการเปลี่ยนแปลง ผลการรักษาและการฟื้นฟูด้านสมรรถภาพทางกายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางภายหลังได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 16 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยเริ่มมีการตอบสนองต่อการรักษา (Early Response) ในสัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 5) เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงกำลังกล้ามเนื้อแขนขา และคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 16 คะแนน แสดงให้เห็นว่าความถี่ของการรักษา 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ในระยะแรกมีความเหมาะสมต่อการกระตุ้นระบบประสาทกล้ามเนื้อ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการของกำลังกล้ามเนื้อแขนและขาข้างซ้ายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเกรด 3 เป็นเกรด 4 ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 และก้าวสู่เกรด 5 ในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งวิเคราะห์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูด้วยการนวด แบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรช่วยการกระตุ้นการไหลเวียนของลมอุมธังคมาวาตาและลมอโธคมาวาตา ส่งผลให้ให้การติดขัดของเส้นกาลทารี (พลังปลายประสาทแขนและขา) ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของรยางค์ได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ทำให้ธาตุลมสามารถพัดพาสารอาหารไปเลี้ยงมังสัง (กล้ามเนื้อ) ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[11] สอดคล้องกับ ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL index) ในสัปดาห์ที่ 10 จาก 14 คะแนน เป็น 20 คะแนน หรือคิดเป็นอัตราการพัฒนาศักยภาพการพึ่งพาตนเองที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 42.8

ระดับความปวด(NRS) จากการประเมินในวันแรก มีค่าคะแนนระดับ 6 มีค่าลดลงระดับ 2 ลดลงร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับวันแรกรับ ระดับความเครียดลดลงจาก 57 คะแนน (ระดับสูง) ลดลง เหลือ 40 คะแนน (ระดับกลาง) การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยไม่ได้ให้ผลเพียงแค่คลายกล้ามเนื้อ แต่เป็นการเยียวยาแบบองค์รวมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตัวเองผ่านการฟื้นคืนสมรรถภาพทางกาย

ดังนั้น รูปแบบการฟื้นฟูด้วยการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร 16 ครั้ง เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยไม่เพียงให้ผลดีในการฟื้นฟูกายภาพเสมอ แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อสภาวะทางจิตใจอย่างเป็นองค์รวม และในเชิงระบบและการบูรณาการ กรณีศึกษานี้พิสูจน์ให้เห็นว่าบทบาทการแพทย์แผนไทยในระบบ IMC คือเป็นส่วนเติมเต็มสำคัญของทีมสหวิชาชีพ การทำงานประสานกับพยาบาล นักกายภาพและเภสัชกรรมทำให้เกิดการดูแลที่ไร้รอยต่อ แต่คือการสร้างรูปแบบ (Model) การฟื้นฟูที่ยั่งยืนโดยใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งควรค่าแก่การขยายผลสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆในเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

อภิปรายผล

จากการวิจัยกรณีศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ณ.ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ จังหวัดนครสวรรค์ สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการบูรณาการการเวชปฏิบัติเชิงรุกในระดับชุมชน โดยผลการรักษาตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 16 ครั้ง พบการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกาย ผู้ป่วยกำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) แขนขาข้างซ้ายมีกำลังเพิ่มมากขึ้นจาก เกรด 3 เพิ่มขึ้น เป็น เกรด 4 ความสารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) เพิ่มขึ้นจาก 14 คะแนน เป็น 20 คะแนน ระดับความปวด (NRS) จากระดับ 6 ลดลงระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับความเครียดลดลงร้อยละ 29.8 ดังนั้น การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยการดูแลแบบองค์รวม ทั้งกายจิต วิญญาณ สังคม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวิภาวี จงกลดี, ชัญทิชา, ดรุณสวัสดิ์ เชาวน์พีระพงศ์, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, ประวิทย์ อัครเสรีนนท์ (2564) ทำการรักษาด้วยนวดแบบราชสำนักและประคบสมุนไพร 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อเนื่องอย่างน้อย 1-4 สัปดาห์ ให้ผลดีที่สุด ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อดีขึ้นทุกรายมีคะแนนดัชนีบาร์เธลเพิ่มขึ้น[12] และ สิทธิศักดิ์ กองมา (2566) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการแพทย์แผนไทย ต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ระบุระยะเวลาการนวดใช้ระยะเวลา 1-12 สัปดาห์ ให้ผลดีที่สุดในการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อ[13] และ สอดคล้องกับงานวิจัยวิเชียร ชนะชัย (2565)[2] ได้ทำการวิจัยเรื่องประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดแบบราชสำนักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐจังหวัดยโสธรและ ปราณี งามตา (2568) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์ผลการรักษาด้วยการนวดแบราชสำนักและการประคบสมุนไพรสามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและระดับความปวดลดลงหลังจากสิ้นสุดการทดลองแสดงให้เห็นประสิทธิผลและความปลอดภัยของการฟื้นฟูจาการนวดราชสำนัก การเพิ่มความสารถในการดำเนินชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประถมพร มาตย์วิเศษ, นาตยา วรรณการ (2567) ศึกษาเรื่อง ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และ ทรงกต เผ่าสิงห์แก้ว (2567) ได้ศึกษาผลการให้บริการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในการดูแลระยะกลาง บริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ การศึกษานี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของการให้บริการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยระยะกลาง ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีระบบการจัดการได้ชัดเจน ส่งผลให้การฟื้นฟูผู้ป่วยในสมรรถภาพทางกายเพิ่มมากขึ้นและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ[4,5] และสนับสนุนกับการศึกษา สิทธิศักดิ์ ติคำ และ อาจินต์ สงทับ (2565) ศึกษาการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการแพทย์แผนไทย ในด้านของสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางและสัมพันธ์ทางด้านแนวทางการฟื้นฟู ตามทฤษฎีแผนไทย ใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย[14] ระบุการใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในสาเหตุ ปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของวันวิสา จันทร์วิบูลย์ (2563) การรักษาอัมพฤกษ์อัมพาตตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทำการการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และนำองค์ความรู้นำมาศึกษากระบวนการรักษาค้นหาสาเหตุตามคัมภีร์และการรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย[15] และสอดคล้องกับวานวิจัยของ สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ ,พนิตสุภา เชื้อชั่ง, ฉวีวรรณ ใจวีระวัฒนา, อรรคเดช อ่อนสะอาด, เอื้อมพร สุวรรณไตรย์, แม้นมาศ วรรณภูมิ, ประวิทย์ อัครเสรีนนท์ (2565) พบว่าอาสาสมัครมีความพึงพอใจต่อลูกประคบสดมากกว่าลูกประคบแห้ง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านของกลิ่น ความร้อน และความนุ่ม และสอดคล้องด้านบำบัดด้วยกลิ่นของสมุนไพร ความร้อนในลูกประคบ ที่มีผลต่ออารมณ์สามารถทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย[16]

โดยการศึกษาของดุษฎี ศรีธาตุ, พงศธร ทองกระสี, วราพร เมืองซอง, นำพน พิพัฒน์ไพบูลย์ จากการศึกษาประสิทธิผลของการสูดดมน้ำมันหอมระเหยไพลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ การรักษาและการฟื้นฟูโดยการใช้สมุนไพรกลิ่นของสมุนไพรมีผลต่อระดับอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และระดับความเครียด[17] และผลการศึกษานี้สอดคล้องของ พิชชานันท์ เธียรทองอินทร์, ขวัญสุดา แต้มศรี, พิกุล ชัยทิพย์, ปริยาภัทร สิงห์ทอง จาการศึกษาผลของการออกกำลังกายฤาษีดัดตนประจำพบว่าการบริหารร่างกายฤาษีดัดตน ช่วยลดความเครียด อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตซิสโตลิกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการศึกษาตรงประเด็นเรื่องระดับความเครียดสามารถใช้การบริหารร่วมกับท่ากายบริหารด้วยฤาษีดัดตนช่วยลดระดับเครียดทางภาวะจิตใจร่วมด้วย[18]

ข้อเสนอแนะ

บรรจุศาสตร์แผนไทยเข้าในโปรแกรม (Intermediate care :IMC) ของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเพิ่มรายได้และประสิทธิภาพการรักษา

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา ยังไม่มีการเปรียบเทียบกับ

กลุ่มศึกษาอื่น ทำให้ไม่สามารถสรุปผลเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับวิธีการรักษาอื่นได้อย่างชัดเจน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยและต่อยอดองค์ความรู้ในอนาคตต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรครณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566 เผยปีนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วยกว่า 3 แสนราย [อินเตอร์เน็ต]. Hfocus.org; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2023/10/28741
2. วิเชียร ชนะชัย. ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดราชสำนักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดยโสธร. สรรพสิทธิเวชสาร. 2564;43(1):13-20.
3. ปราณี งามตา. ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(2):96-105.
4. ประถมพร มาตย์วิเศษ, นาตยา วรรณการ. ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(3):109-23.
5. ทรงกต เผ่าสิงห์แก้ว. การให้บริการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในการดูแลระยะกลาง บริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร. 2567;16(2):63-9.
6. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9140
7. Health Dashboard Center. กลุ่มรายงานมาตรฐาน ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nsn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/
8. อุบล มณีกุล, กมลภัค สำราญจิต. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 1. นนทบุรี: กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; หน้า 1–7.
9. มหาวิทยาลัยมหิดลคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. Pain การประเมินความปวด [อินเตอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/images/knowledge/CPOT-2564.pdf.
10. มูลนิธิส่งเสริมฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยเดิมโรงเรียนอายุรเวท. ตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิฆเณศ พริ้นติ้ง เซ้นเตอร์ จำกัด; 2548.
11. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เอกสารสอนชุดวิชานวดแผนไทย 2. 2564.
12. วิภาวี จงกลดี, ชัญทิชา, ดรุณสวัสดิ์ เชาวน์พีระพงศ์, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, ประวิทย์ อัครเสรีนนท์. รายงานกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพรร่วมกับการรักษาฟื้นฟูมาตรฐาน. วารสารเวชบันทึกศิริราช. 2565;15:6-11.
13. สิทธิศักดิ์ กองมา. ศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการแพทย์แผนไทยต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการจังหวัดตาก. 2566;3(1):1-17
14. สิทธิศักดิ์ ติคำ, อาจินต์ สงทับ. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการแพทย์แผนไทย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2565.;15(2): 123-31.
15. วันวิสา จัทร์วิบูลย์. การรักษาอัมพฤกษ์อัมพาตตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563;17(1):44-9.
16. สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ, พนิตสุภา เชื้อชั่ง, ฉวีวรรณ ใจวีระวัฒนา, อรรคเดช อ่อนสะอาด, เอื้อมพร สุวรรณไตรรย์ แม้นมาศ วรรณภูมิ, ประวิทย์ อัครเสรีนนท์. ศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลลดาการปวดกล้ามเนื้อบ่าระหว่างประคบสมุนไพรแห้ง. วารสารเวชบันทึกศิริราช. 2565;15(1):22-8.
17. ดุษฎี ศรีธาตุ, วราพร เมืองซอง, พงศธร ทองกระสี, นำพน พิพัฒน์ไพบูลย์. ประสิทธิผลของการสูดดมน้ำมันหอมระเหยไพลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2566;6(2):28-39.
18. พิชชานันท์ เธียรทองอินทร์, ขวัญสุดา แต้มศรี, พิกุล ชัยทิพย์, ปริยาภัทร สิงห์ทอง. จาการศึกษาผลของการออกกำลังกายฤาษีดัดตนระจำ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2565:8(24):15-27.