

อุบัติการณ์ผู้ป่วยหกล้มเลือดสมองงอหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วีรุฒา โอชา พ.บ., ปรีดา อารยาวิชานนท์ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,
ณัฐเศรษฐ์ มณีมนากร พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ABSTRACT

Incidence of Falling in Stroke Patients after Discharge

Ocha W, Arayawichanon P, Manimanakorn N
Department of Physical Medicine and Rehabilitation,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Objectives: To determine the incidence and risk factors of falling in stroke patients after discharge from Srinagarind hospital

Study design: Descriptive study

Setting: Medicine and rehabilitation ward at Srinagarind Hospital.

Subjects: Stroke patients who were discharged from medicine or rehabilitation ward from 1 January 2009 to 31 May 2009.

Methods: Patients' general clinical information, physical examination, Thai Mental State Examination (TMSE), Barthel ADL index (BAI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Timed Up and Go test (TUG) were assessed and collected. The patients were contacted by telephone at 3-month after discharge to report the occurrence of falling.

Results: Forty-five patients were included: 25 females (55.6%), 20 males (44.4%); average age of 64.5 (SD 12.29) years; 30 patients (66.7%) with cerebral infarction, 4 patients (8.9%) with intracerebral hemorrhage and 11 patients (24.4%) with normal study; 28 patients had right sided weakness (62.2%) and 17 patients had left sided weakness (37.8%). Eight patients fell (17.8%). Inside home is the most common place the patients fell, accounted for 62.5%. All patients fell on day time and there was no major injury reported. Causes of falling were stumbling (50%) and muscle weakness (50%). Besides, the patients who married, impaired in ADL (BAI<75) and had pets in home

area had significantly high risk factors of falling ($p<0.05$). There was no association between falling and underlying condition, history of drug use, muscle tone, cognitive status, activities of daily living, anxiety, depression and balance status. No incidence of falling from bed or wheelchair was reported.

Conclusion: Incidence of falling in stroke patients after discharge was 17.8%. Although the incidence is not high, prevention measure is still important and should be incorporated in the pre-discharge program because of high impact after fall.

Keywords: incidence, stroke, falling

J Thai Rehabil Med 2010; 20(1): 15-19

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อทราบอุบัติการณ์การหกล้มและปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการวิจัย: หอผู้ป่วยอายุรกรรมและเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ม.ค. 2552 ถึง 31 พ.ค. 2552

วิธีการศึกษา: เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามแบ่งเป็นข้อมูลทั่วไปทางคลินิก การตรวจร่างกายและแบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE), Barthel ADL Index (BAI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Timed Up and Go test (TUG) โดยติดตามข้อมูลการหกล้มทางโทรศัพท์ภายใน 3 เดือนหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด 45 ราย ผู้หญิง 25 ราย (ร้อยละ 55.6) ผู้ชาย 20 ราย (ร้อยละ 44.4) โดยอายุเฉลี่ย

Corresponding to: Dr. Weerutha Ocha, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen.

E-mail: weerutha@hotmail.com, rukiko@sanook.com

64.5 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.29) ผลการตรวจทางรังสีเป็นสมองขาดเลือด 30 ราย (ร้อยละ 66.7) เลือดออกในสมอง 4 ราย (ร้อยละ 8.9) และไม่พบความผิดปกติ 11 ราย (ร้อยละ 24.4) มีอาการอ่อนแรงซีกขวา 28 ราย (ร้อยละ 62.2) อ่อนแรงซีกซ้าย 17 ราย (ร้อยละ 37.8) มีผู้ป่วยหกล้มจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 17.8) โดยหกล้มนอกบ้านร้อยละ 37.5 หกล้มในบ้านร้อยละ 62.5 ทุกรายหกล้มเวลากลางวันและได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น มีแผลถลอก โดยร้อยละ 50 มีสาเหตุจากสะดุดสิ่งกีดขวาง และร้อยละ 50 เป็นผลจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง นอกจากนี้ สถานภาพคู่ ความสามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตัวเองได้น้อยถึงปานกลาง (คะแนน BAI น้อยกว่า 75) และการมีสัตว์เลี้ยงภายในบริเวณบ้าน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา อาการเกร็ง ความสามารถรับรู้ ความกังวลซึมเศร้า และความสามารถทรงตัว ไม่มีผลต่อการหกล้ม อีกทั้งไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกจากเตียงหรือรถเข็น

สรุป: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์การหกล้มหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยละ 17.8 แม้อุบัติการณ์การหกล้มไม่สูงนัก แต่ยังมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการหกล้มก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: อุบัติการณ์ โรคหลอดเลือดสมอง การหกล้ม

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2553; 20(1): 15-19

บทนำ

ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 690 คนต่อประชากร 100,000⁽¹⁾ ผลของโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนเสียชีวิต แม้ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และการดูแลรักษาทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีชีวิตรอดมากขึ้น แต่ยังคงมีภาวะทุพพลภาพหรืออัมพาตตามมาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพ⁽²⁾ ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทุกด้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและรูปแบบการเดินทาง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน⁽³⁾ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องอื่นอีกได้แก่ ความผิดปกติทางระบบประสาท การมองเห็น และผลข้างเคียงจากยา

การหกล้ม (true fall) หมายถึง ภาวะที่สูญเสียการทรงตัวขณะยืนหรือเดิน โดยอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายยกเว้นเท้าทั้ง 2 สัมผัสพื้น ไม่นับการเซโดยที่ยังไม่ล้ม (near fall)⁽⁴⁾ มีรายงานอัตราการหกล้มในสถานฟื้นฟูสภาพตั้งแต่

ร้อยละ 6.3 - 46^(4,6-9) อัตราการหกล้มในชุมชนตั้งแต่ร้อยละ 24 - 77^(3,6-7,10-12) ผู้ป่วยที่หกล้มร้อยละ 53.8 หกล้มภายในเวลา 4 สัปดาห์แรกภายหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 46 ล้มภายในเวลา 2 เดือนหลังการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹³⁾ พบว่าตำแหน่งรอยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการล้มคือ การขาดเลือดบริเวณสมองซีกขวา⁽¹⁴⁾ ส่วนสาเหตุการล้มเกิดร้อยละ 32 จากปัจจัยภายนอก ร้อยละ 25 เกิดจากปัจจัยภายใน และร้อยละ 43 ไม่ทราบสาเหตุ⁽⁷⁾

ปัจจัยภายนอก เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นที่ลื่น วัสดุที่วางกีดขวางทางเดิน เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ คะแนน Berg Balance Scale น้อยกว่า 30⁽⁷⁾ สูงอายุ⁽¹⁰⁾ เคยหกล้มมาก่อน⁽¹⁰⁾ การรับรู้ผิดปกติ⁽¹⁵⁾ ภาวะทุพพลภาพ⁽¹⁰⁾ อ่อนแรง⁽¹⁶⁾ วิงเวียน⁽¹⁶⁾ การใช้ยากลุ่ม antidepressant⁽¹⁶⁾ และการทรงตัวไม่ดี⁽¹⁶⁾ มีรายงานว่าค่าคะแนนความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (BAI) ที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภาพภาษาไทยที่พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 12 หรือมากกว่า จะมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า⁽⁵⁾

การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหกล้มนำมาซึ่งความสูญเสีย ทำให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงหรือเสียชีวิต ทั้งยังส่งผลต่อสุขภาพจิต สุขภาพกาย และยังคงรวมถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและสังคม ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดหลังการหกล้มได้รับผลกระทบอื่น ๆ ตามมา^(13,17) แม้ว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยบาดเจ็บไม่ร้ายแรง แต่มีรายงานว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตอยู่ไม่เกิน 1 ปีหลังหกล้ม⁽⁶⁾ ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ล้มได้รับบาดเจ็บนั้น ร้อยละ 8-55⁽⁹⁻¹¹⁾ มีกระดูกหัก และร้อยละ 2-5^(6-7,10-11) มีความเสี่ยงต่อกระดูกสะโพกหักเพิ่มเป็น 1.7-4 เท่าของกลุ่มประชากร⁽¹⁸⁾

การป้องกันการหกล้มย่อมดีกว่าการรักษา ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพและการมีมาตรการความปลอดภัยในบ้าน เพราะผู้ป่วยที่เคยล้มมีความโน้มเอียงที่จะล้มได้อีก จึงควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจแก้ไขได้ การทราบถึงอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการค้นหาวิธีป้องกันการหกล้มในอนาคตจากรายงานการระบาดวิทยาของทะเบียนโรคการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองในไทยพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 สามารถจำหน่ายกลับบ้านตนเองหรือบ้านของครอบครัวได้⁽¹⁹⁾ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการหาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม และเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มประชากร

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ม.ค. 2552 ถึง 31 พ.ค. 2552 (จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างควรมีทั้งสิ้น 76 ราย)

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป
- สามารถยืน เดินได้ด้วยตนเองหรือใช้เครื่องช่วยเดิน
- สัมผัสใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- มีโรคประจำตัวซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษา ได้แก่ โรคลมชัก โรคพาร์กินสัน ภาวะกระดูกหัก
- มีความผิดปกติด้านการสื่อสารและการสื่อความหมาย

ขั้นตอนการวิจัย

สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม โดยแบ่งข้อมูลเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากเวชระเบียนด้านกรวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่มีผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรคประจำตัว รวมทั้งประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 จากการสัมภาษณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ประวัติโรคประจำตัวและการใช้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงภายนอกต่อการหกล้ม ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงภายในต่อการหกล้ม ได้แก่ ความดันโลหิต การมองเห็น กำลังกล้ามเนื้อ
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลจากการทำแบบทดสอบต่าง ๆ ได้แก่ Thai Mental State Examination (TMSE), Barthel ADL index (BAI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Timed Up and Go test (TUG)
- ส่วนที่ 5 เมื่อครบ 3 เดือนหลังจากจำหน่าย โทรศัพท์สอบถามข้อมูลการล้มจากผู้ป่วยหรือจากญาติผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกสื่อสารทางโทรศัพท์ จะให้จดบันทึกการล้มเองที่บ้าน

วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลด้านประชากร ผลการวินิจฉัย การหกล้มและไม่หกล้ม นำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มระหว่างกลุ่มโดยใช้ Chi-square test และหาความสัมพันธ์ระหว่างการล้มกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยใช้ logistic regression model

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าร่วมวิจัยจำนวนทั้งหมด 45 ราย เป็นชาย 20 ราย หญิง 25 ราย อายุเฉลี่ย 64.53 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.29) ปี ร้อยละ 57.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 11.1 ทำงานลักษณะนั่งโต๊ะ ร้อยละ 55.6 จบการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 26.7 เรียนสูงกว่ามัธยม ผู้ป่วยร้อยละ 53.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ ร้อยละ 46.7 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 53.3 มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 11.1 มีอาการปวดข้อ ร้อยละ 48.9 มีประวัติการเข้ายาลดความดันโลหิต ร้อยละ 31.1 ใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ผลตรวจทางรังสีวิทยาของผู้ป่วย ร้อยละ 66.7 เป็นหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 8.9 มีเลือดออกในสมอง และร้อยละ 24.4 ไม่พบความผิดปกติ ส่วนความบกพร่องที่เกิดขึ้นหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น ร้อยละ 62.2 อ่อนแรงซีกขวา และร้อยละ 37.8 อ่อนแรงซีกซ้าย ร้อยละ 15.6 มีการรับรู้ผิดปกติ ร้อยละ 6.7 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 2.2 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53.3 มีการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว

มีผู้ป่วยหกล้มจำนวน 8 ราย หรือ ร้อยละ 17.8 โดยทุกรายอยู่ในกลุ่มสูงอายุ (ตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป) ทั้งนี้ ร้อยละ 37.5 หกล้มนอกบ้าน ร้อยละ 62.5 หกล้มภายในบ้าน ทุกรายหกล้มเวลากลางวัน และได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น มีแผลถลอก โดยร้อยละ 50 มีสาเหตุจากการสะดุดสิ่งกีดขวาง และร้อยละ 50 จากกล้ามเนื้ออ่อนแรง

พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพคู่ มีความสามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตัวเองได้น้อยถึงปานกลาง (คะแนน BAI น้อยกว่า 75) และการมีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบริเวณบ้าน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา อาการเกร็ง อาการอ่อนแรง ความสามารถรับรู้ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความสามารถทรงตัว ไม่สัมพันธ์ต่อการหกล้ม อีกทั้งไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกจากเตียงหรือรถเข็น

บทวิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีรอยโรคจากหลอดเลือดสมองตีบ มักเกิดการหกล้มภายในที่พักอาศัยและในเวลากลางวัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในต่างประเทศ⁽¹²⁾ แต่พบว่าอุบัติการณ์การหกล้มแตกต่างกันเล็กน้อย โดยทั้งหมดหกล้มในขณะที่ยืนเดิน ไม่พบผู้ที่พลัดตกจากเตียงหรือรถเข็น อันเนื่องมาจากเกณฑ์การคัดเลือก ในการศึกษานี้ได้กำหนดให้ผู้ป่วยต้องสามารถยืน เดินได้ด้วยตนเอง สาเหตุการหกล้มจึงไม่ได้เกิดขณะการเคลื่อนย้ายตัวขึ้นลงรถนั่งคนพิการ รวมถึงผู้ป่วยทั้งหมดที่ล้มจะได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ได้แก่ แผลถลอก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁸⁾

ปัจจัย	ล้ม จำนวน	ไม่ล้ม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ			0.18
34-54 ปี	0	9	
55-82 ปี	8	28	
สถานภาพ*			0.04
คู่	7	17	
โสด/หม้าย/แยก/หย่าร้าง	1	20	
Barthel ADL index*			0.04
score (0-70)	4	5	
score (75-100)	4	32	
ความสามารถทรงตัว			0.15
ปกติหรือค่อนข้างดี	1	20	
ผิดปกติ	7	17	
ความสามารถรับรู้ (คะแนน TMSE)			0.09
ผิดปกติ	3	4	
ปกติ	5	33	
การมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน*			0.02
มี	4	4	
ไม่มี	4	33	

*p<0.05

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการหกล้มอย่างน้อยที่สำคัญทางสถิติคือ สถานภาพคู่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตัวเองได้น้อยถึงปานกลาง (BAI น้อยกว่า 75) และการมีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน เช่น สุนัข ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับการหกล้ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาทั้งหมด^(7,10,15,16) อาจเป็นจากขนาดตัวอย่างที่น้อยเกินไป

ดังนั้นคุณค่าของการศึกษานี้ทำให้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ทำการศึกษามีอุบัติการณ์หกล้มที่สูง ปัจจัยเสี่ยงที่พบได้แก่ สถานภาพคู่ ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผู้ดูแลใกล้ชิด ทำให้ความสามารถในการดูแลตัวเองอาจน้อยกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด หม้าย หรือหย่าร้าง

การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตัวเองได้น้อยถึงปานกลาง (BAI น้อยกว่า 75) ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมักจะมีความสามารถในการยืนเดินที่ลดลงด้วยทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะหกล้ม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการล้มในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 151 คนพบว่าคะแนน BAI มากกว่าหรือเท่ากับ 12 มี

ความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่า⁽⁵⁾ อาจจะเป็นเนื่องมาจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือเป็นการศึกษาผู้ป่วยซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการฝึกในหอผู้ป่วย จึงมีโอกาสล้มขณะฝึกได้ และผู้ที่มีค่าคะแนน BAI ที่สูงมีแนวโน้มที่ได้รับการฝึกการยืนเดินมากกว่าก็อาจพบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้กับการล้มได้มากขึ้น

อนึ่ง การมีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสะดุดหรือถูกสัตว์ชนล้มขณะยืนเดินได้ อย่างไรก็ตามการป้องกันการหกล้มน่าจะได้ผลที่คุ้มค่ามากกว่าและลดความสูญเสียต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และยั้งรวมถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม ในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจึงควรต้องคำนึงถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เท่าที่ทำได้ เช่น ปัจจัยภายใน โดยการเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงและการประสานงานของกล้ามเนื้อ^(3,6) รวมไปถึงการแก้ไขภาวะซึมเศร้าด้วย⁽³⁾ ส่วนปัจจัยภายนอกโดยการแนะนำการปรับเปลี่ยนลักษณะบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีวัสดุวางกีดขวางทางเดิน⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางป้องกันการหกล้มแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและแนะนำไม่ให้มีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน

ข้อจำกัดของการศึกษาเนื่องมาจากจำนวนประชากรน้อยเกินไป และเกณฑ์คัดเลือกเข้าจำกัดเฉพาะผู้ที่เดินได้เท่านั้น ดังนั้นจึงไม่มีอุบัติการณ์พลัดตกถ่วงคนพิการ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลค่อนข้างสั้นและข้อมูลบางอย่างอาจมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างการศึกษา เช่น ปัญหาไฟฟ้าในบ้านไม่สว่าง อาจมีการแก้ไขโดยการติดไฟเพิ่มให้สว่างภายในระยะเวลา 3 เดือนนี้ก็ได้

สรุป หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเดินได้มีอุบัติการณ์การหกล้มร้อยละ 17.8 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ สถานภาพคู่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตัวเองได้น้อยถึงปานกลาง และการมีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการหกล้มก่อนจำหน่ายผู้ป่วย และแนะนำไม่ให้มีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2534: 4-5.
2. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of nondisabled older patient developing new disability associated with medical illness and hospitalization. Soc Gen Intern Med 2007; 22: 668-74.
3. Jørgensen L, Engstad T, Jacobsen BK. Higher incidence of falls in long-term stroke survivors than in population controls depressive symptoms predict falls after stroke. Stroke 2002; 33: 542-47.

4. Sze KH, Wong E, Leung HY, Woo J. Falls among Chinese stroke patients during rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2001 Sep; 82(9): 1219-25.
5. Chaiwanichsiri D, Jiamworakul A, Kitisomprayoonkul W. Falls among stroke patients in Thai Red Cross Rehabilitation Center. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(suppl 3): S47-52.
6. Nyberg L, Gustafson B. Patient falls in stroke rehabilitation. *Stroke* 1995; 26: 838-42.
7. Teasell R, McRae M, Foley N, Bhardwaj A. The incidence and consequences of falls in stroke patients during inpatient rehabilitation: factors associated with high risk. *Arch Phys Med Rehabil* 2002 Mar; 83(3): 329-33.
8. Lamb SE, Ferrucci L, Volapto S, Fried LP, Guralnik JM. Risk factors for falling in home-dwelling older women with stroke. The woman's health and aging study. *Stroke* 2003; 34: 494-501.
9. Kwolek A, Lewicka K. Analysis of reasons for falls of hemiparetic inpatient rehabilitated patient. *Ortop Traumatol Rehabil* 2002; 4(5): 606-12.
10. Kerse N, Parag V, Feigin VL, McNaughton H, Hackett ML, Bennett DA, et al. Falls after stroke results from the Auckland Regional Community Stroke study, 2002 to 2003. *Stroke* 2008; 39: 1890-93.
11. Ugur C, Gücüyener D, Uzuner N, Özkan S, Özdemir G. Characteristics of falling in patients with stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 69: 649-51.
12. Watanabe Y. Fear of falling among stroke survivors after discharge from inpatient rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 2005 Jun; 28(2): 149-52.
13. Foster A, Young J. Incidence and consequences of falls due to stroke: a systematic inquiry. *BMJ* 1995; 311: 83-86.
14. Czernuszenko A. Risk factors for falls in post-stroke patients treated in a neurorehabilitation ward. *Neurol Neurochir Pol* 2007; 41(1): 28-35.
15. Toru S, Shigeru S, Kayo M, Eiichi S, Yasuhiro S, Tomomitsu K. Incidence and consequence of falls in inpatient rehabilitation of stroke patient. *Exp Aging Res* 2005; 31: 457-69.
16. Rapport LJ, Webster JS, Flemming KL, Lindberg JW, Godlewski MC, Brees JE, et al. Predictors of falls among right-hemisphere stroke patients in the rehabilitation setting. *Arch Phys Med Rehabil* 1993 Jun; 74(6): 621-6.
17. Lee JE, Stokic DS. Risk factors for falls during Inpatient rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 2008; 87: 341-53.
18. Worthen LC, Kim M, Kartz SA, Lew HL, Kiratti J, Beaupre GS. Key characteristic of walking correlate with bone density in individuals with chronic stroke. *J Rehabil Res Dev* 2005; 42(6): 761-68.
19. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Massakulpan S, Piravej K, Suethanapornkul S, Dajpratham P, et al. An epidemiologic study of the Thai Stroke Rehabilitation Registry (TSRR): a multi-center study. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(2): 225-33.