

การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์

รัชวรรณ สุขเสถียร พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ฟื้นฟู
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ABSTRACT

Accessibility to Medical Rehabilitation Service for Acute stroke at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital: Related Factors and Outcomes

Suksathien R

Department of Rehabilitation Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Objectives: To study the characteristics of acute stroke patients, the details of rehabilitation and factors correlated with access to medical rehabilitation service.

Study design: A retrospective study

Setting: Inpatient wards at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Subjects: All acute stroke patients with age more than 18 years old, admitted in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during 1st October 2011 to 30th September 2012.

Methods: The patients' general informations, diagnosis, treatments and rehabilitation were extracted from electronic medical records. Chi-square or Mann-Whitney U test was used to compare data between rehabilitation and non-rehabilitation groups and multivariate analysis to determine factors that correlated with rehabilitation consultation.

Results: Of 3,026 acute stroke inpatients, 64% were diagnosed with ischemic stroke, 36% were hemorrhagic stroke and 10% were operated. Mean length of stay at acute phase was 5.2 days and death rate was 26%. Eight percents of rehabilitation consultation and 30% of non-rehabilitation group died. Of all, 18% were transferred for rehabilitation consultation and 4% were transferred to rehabilitation ward. Mean length of stay at rehabilitation ward was 8.1 days. After multivariate analysis, factors related with rehabilitation consultation

were discharge status, diagnosis, AIDS, aphasia, dysarthria, dysphagia, hospital acquired pneumonia, hemorrhagic transformation, alcohol use, address, sex and dyslipidemia.

Conclusion: Limited access to medical rehabilitation service was found in acute stroke inpatients. Factors that related with access to medical rehabilitation service were discharge status, diagnosis, consequence after stroke and comorbidity.

Keywords: health service accessibility, rehabilitation, stroke, inpatients

J Thai Rehabil Med 2014; 24(2): 37-43

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน รายละเอียดการฟื้นฟูสมรรถภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบย้อนหลัง

สถานที่ทำการวิจัย: หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อายุมากกว่า 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2555

วิธีการศึกษา: ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ข้อมูลการตรวจร่างกาย และข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ chi-square หรือ Mann-Whitney U test และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโดยใช้ multivariate analysis

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยในที่มีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจำนวน 3,026 ราย ร้อยละ 64 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น ischemic stroke ร้อยละ 10 ได้รับการผ่าตัด วันนอนเฉลี่ย 5.2

Correspondence to: Rachawan Suksathien, M.D., Department of Rehabilitation Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000
E-mail: rachawans@gmail.com, rachawan.su@cpird.in.th

วัน ร้อยละ 26 เสียชีวิต โดยร้อยละ 8 ของผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อ
ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ไม่
ปรึกษา เสียชีวิต มีเพียงร้อยละ 18 ที่เข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู
ร้อยละ 4 ถูกรับย้ายมาที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู และมีวันนอน
ที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูเฉลี่ย 8.1 วัน ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
เข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูจากกรณีวิเคราะห์แบบ multivariate
ได้แก่ สถานะจำหน่าย การวินิจฉัยโรค โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
มีปัญหาการสื่อสาร พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปอดติดเชื้อในโรง
พยาบาล hemorrhagic transformation การดื่มสุรา ที่อยู่ เพศ
และไขมันในเลือดสูง

สรุป: การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันยัง
จำกัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู
ได้แก่ สถานะจำหน่าย การวินิจฉัยโรค ความบกพร่อง และโรค
ร่วม

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู, การฟื้นฟูสมรรถ
ภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2557; 24(2): 37-43

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิต
และความพิการในผู้ใหญ่ทั่วโลก⁽¹⁾ และยังคงเป็นปัญหาสำคัญ
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย
โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในผู้ชาย
และอันดับสามในผู้หญิง⁽³⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยและครอบครัว การรายงานผลการศึกษาโครงการทะเบียน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในประเทศไทย โดยวิไล คุปต์นิรัตน์ศัยกุล และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในทำให้
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือ
ตัวเองเพิ่มมากขึ้น ลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า รวมทั้งมี
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แพทย์จึงควรส่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการฟื้นฟู
สมรรถภาพ ซึ่งมักเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลันแบบ
ผู้ป่วยใน

ที่ผ่านมา มีการกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพโรค
หลอดเลือดสมอง⁽⁵⁾ แต่ไม่เคยมีการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในระยะเฉียบพลันนั้นได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจริง
ตามแนวทางที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด และจากสถิติผู้ป่วย
ของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา
พบว่าทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีจำนวนน้อย
และมักพบผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรืออยู่ในระยะที่ไม่
เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ ที่
มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหา
ราชานครราชสีมาที่มีโรคหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง
1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2555

เกณฑ์คัดเข้า

ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก

ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่นอนรักษาที่
หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูตั้งแต่แรก

ขั้นตอนการวิจัย

ขอข้อมูลผู้ป่วยในที่นอนรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชานคร
ราชสีมา จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของโรง
พยาบาล ด้วยการค้นหาจากรหัสโรคหลักคือโรคหลอดเลือด
สมอง (ICD 10: I60-69) แล้วศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย
ในจากระบบสแกนจัดเก็บเอกสารเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ที่อยู่
- ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ ข้อมูลการตรวจ
ร่างกาย การวินิจฉัยโรค โรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน
การรักษาที่ได้รับ หอผู้ป่วย วันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษา
พยาบาล และสถานะการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- ในกรณีที่ได้รับการตรวจประเมินโดยแพทย์เวชศาสตร์
ฟื้นฟูบันทึกผลตามการตรวจของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- ข้อมูลการบริการเวชกรรมฟื้นฟู ได้แก่ การปรึกษาทีม
เวชศาสตร์ฟื้นฟู วันที่ปรึกษา ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ร่วม
ดูแล การนัดติดตามการรักษา การรับย้ายหอผู้ป่วย
เวชกรรมฟื้นฟู

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม
ที่ได้รับและไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพใช้ chi-square หรือ
Mann-Whitney U test เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึง
บริการเวชกรรมฟื้นฟูโดยใช้ multivariate analysis

หมายเหตุ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
คนของโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 3,026 ราย ร้อยละ 56.11 เป็นเพศชาย
อายุเฉลี่ย 65.45 ปี แบ่งตามช่วงอายุพบว่า อายุ 18 ถึง 45 ปี มี
ร้อยละ 9.65 อายุ 45 ถึง 65 ปี ร้อยละ 37.48 อายุ 65 ถึง 80 ปี
ร้อยละ 37.08 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.8 มีที่อยู่ใน

จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 91 (นครราชสีมา ร้อยละ 42 พิมาย ร้อยละ 19 ไชยชัย-ครบุรี ร้อยละ 18 บัวใหญ่ ร้อยละ 9 ด่านขุนทด

ร้อยละ 6 และปากช่อง ร้อยละ 5) นอกจังหวัดแต่อยู่ในเขตนครชัยบุรินทร์ ร้อยละ 5 และนอกเขต ร้อยละ 4 (แสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูล	รวมทั้งหมด (3,026 ราย)	การเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ		p-value
		ได้รับ (556 ราย)	ไม่ได้ (2,470 ราย)	
เพศ				
ชาย	1,698 (56.11)	278 (50)	1,420 (57.49)	<0.01
หญิง	1,328 (43.89)	278 (50)	1,050 (42.51)	
อายุ, ปี**	65.45 (14.29)	64.37 (0.61)	65.7 (0.29)	0.06
ที่อยู่				
นครราชสีมา	2,751 (90.91)	493 (88.67)	2,258 (91.42)	<0.01
นอกจังหวัดนครราชสีมา	142 (4.69)	24 (4.32)	118 (4.78)	
ในเขตนครชัยบุรินทร์***				
นอกเขตนครชัยบุรินทร์***	133 (4.4)	39 (7.01)	94 (3.81)	

หมายเหตุ * จำนวนคน (ร้อยละ), ** ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน), *** เขตสุขภาพที่ 9 ตามกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น ischemic stroke 1,932 ราย (ร้อยละ 63.85) และ hemorrhagic stroke 1,094 ราย (ร้อยละ 36.15) กลุ่มศึกษามีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนแสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 10 และไม่ผ่าตัด ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่นอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 84.8 ศัลยกรรม ร้อยละ 14.5 และหอผู้ป่วยอื่น ร้อยละ 0.7 วันนอนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 5.2 (10.61) วัน วันนอนเฉลี่ยในกลุ่มไม่ได้ผ่าตัดคือ 4.04 (8.3) วัน วันนอนเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดคือ 15.69 (19.69) วัน ออกจากโรงพยาบาลโดยให้กลับบ้าน ร้อยละ 28 ส่งตัวไปรักษาต่อ ร้อยละ 41 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 26 โดย ร้อยละ 8 ของผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ไม่ปรึกษา เสียชีวิต ร้อยละ 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 1 ปฏิเสธการรักษา และ ร้อยละ 0.2 หนีออกจากโรงพยาบาล

ผลการตรวจร่างกาย ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อในระดับ 0-1 ร้อยละ 16 มีกำลังระดับ 2-3 ร้อยละ 36 มีกำลังระดับ 4-5 ฟังเข้าใจทำตามสั่งได้ ร้อยละ 62 ร้อยละ 6 มีปัญหาการสื่อสาร ร้อยละ 0.86 พูดไม่ชัด และ ร้อยละ 0.4 กลืนลำบาก

จากกลุ่มศึกษาทั้งหมด 3,026 ราย มีการส่งปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 556 ราย คิดเป็น ร้อยละ 18.37 วันที่ส่งปรึกษาเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) คือ 3.94 (7.26) วัน ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทุกรายในวันเดียวกับที่ส่งปรึกษา

มีทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูอื่นร่วมดูแล ร้อยละ 60 ได้แก่ นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 38 นักกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 2 ทั้งนักกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 20 มีการนัดติดตามการรักษาของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ร้อยละ 38 และมาติดตามการรักษาจริง ร้อยละ 41 ของที่นัดทั้งหมด มีการรับย้ายผู้ป่วยมาฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู 23 ราย (ร้อยละ 4.14) มีวันนอนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 8.1 (6.86) วัน (วันนอนก่อนย้ายเฉลี่ย 4.33 วัน) มีการนัดติดตามการรักษา ร้อยละ 91 และมีผู้ป่วยมาตามนัด ร้อยละ 78 ของที่นัด

เมื่อศึกษาค่ารักษาพยาบาลพบว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 31,689 (60,152) บาท แบ่งประเภทตามการรักษาพบว่าในกลุ่มไม่ได้ผ่าตัดมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 22,196 (36,656) บาท กลุ่มผ่าตัด 117,946 (126,779) บาท และกลุ่มที่รับย้ายมาอยู่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู 31,654 (60,325) บาท ถ้าคิดค่ารักษาเฉพาะหลังรับย้ายมาอยู่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูพบมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 10,256 (7,852) บาท เมื่อคิดค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อวันพบค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มไม่ได้ผ่าตัดคือ 7,120 (4,041) บาทต่อวัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัด 10,840 (7,393) บาทต่อวัน และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเฉพาะเมื่อมาอยู่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูคือ 1,368 (226) บาทต่อวัน (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (แสดงในตารางที่ 1-3) พบว่ามีตัวแปรที่

ตารางที่ 2 ข้อมูลการวินิจฉัยและโรคร่วม เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูล		รวมทั้งหมด	การเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ		p-value
		(3,026 ราย)	ได้รับ (556 ราย)	ไม่ได้ (2,470 ราย)	
การวินิจฉัยโรค	Ischemic	1,932 (63.85)	437 (78.6)	1,495 (60.53)	<0.01
	Hemorrhage	1094 (36.15)	119 (21.4)	975 (39.47)	
โรคร่วม	HT	1,349 (44.58)	253 (45.50)	1,096 (44.37)	0.6
	DM	472 (15.6)	109 (19.6)	363 (14.7)	<0.01
	Previous stroke	373 (12.33)	84 (15.11)	289 (11.7)	0.03
	Dyslipidemia	297 (9.81)	76 (13.67)	221 (8.95)	<0.01
	Alcohol use	80 (2.64)	5 (0.9)	75 (3.04)	<0.01
	Smoking	23 (0.76)	5 (0.9)	18 (0.73)	0.68
	Obesity	3 (0.1)	0	3 (0.12)	0.41
	Cardio-vascular	471 (15.93)	104 (18.71)	367 (14.86)	0.02
	- VHD	109 (3.6)	30 (5.4)	79 (3.2)	0.01
	- Arrhythmia	345 (11.4)	79 (14.21)	266 (10.77)	0.02
	Chest	649 (21.45)	110 (19.78)	539(21.82)	0.29
	-HAP	84 (2.78)	27 (4.86)	57 (2.31)	<0.01
	-Respiratory failure	241 (7.96)	19 (3.42)	222 (8.99)	<0.01
	Neurological	489 (16.16)	101 (18.17)	388 (15.71)	0.15
	-Seizure	66 (2.18)	4 (0.72)	62 (2.51)	0.01
	-Hemorrhagic trans-formation	44 (1.45)	16 (2.88)	28 (1.13)	<0.01
	KUB	193 (6.38)	30 (5.4)	163 (6.6)	0.29
	Gastrointestine	82 (2.71)	10 (1.8)	72 (2.91)	0.14
	-Cirrhosis	33 (1.09)	1 (0.18)	32 (1.3)	0.02
	Hematological	111 (3.67)	16 (2.88)	95 (3.85)	0.27
Metabolic	468 (15.47)	70 (12.59)	398 (16.11)	0.03	
Endocrine	17 (0.56)	3 (0.54)	14 (0.57)	0.94	
Infection	208 (6.87)	35 (6.29)	173 (7)	0.55	
- AIDS	6 (0.2)	4 (0.72)	2 (0.08)	<0.01	
Psychiatric	48 (1.59)	5 (0.9)	43 (1.74)	0.07	

หมายเหตุ * จำนวนคน (ร้อยละ); HT, hypertension; DM, diabetes mellitus; VHD, valvular heart disease; HAP, hospital acquired pneumonia; KUB , kidney ureter bladder; AIDS, acquired immunodeficiency syndrome

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ เพศ ที่อยู่ การวินิจฉัยโรค มีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การดื่มสุรา มีความผิดปกติของระบบหัวใจ ลิ้นหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบทางเดินหายใจ วาย ปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล ชัก มี hemorrhagic transformation โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ตับแข็ง มีความผิดปกติของระบบเมตาบอลิก การรักษาที่ได้รับ หอผู้ป่วย จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล สถานะการจำหน่าย กำลังกล้ามเนื้อ

การพึงเข้าใจทำตามสั่ง มีปัญหาการสื่อสาร พูดไม่ชัด และกลืนลำบาก และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์แบบ multivariate analysis (แสดงในตารางที่ 4) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูได้แก่ สถานะการจำหน่าย การวินิจฉัยโรค โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีปัญหาการสื่อสาร พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล hemorrhagic transformation การดื่มสุรา ที่อยู่ เพศ ไขมันในเลือดสูง

ตารางที่ 3 ข้อมูลการรักษา วันนอน ค่ารักษาพยาบาล หอผู้ป่วยและสถานะการจำหน่าย เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูล		รวมทั้งหมด	การเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ		p-value
		(3,026 ราย)	ได้รับ (556 ราย)	ไม่ได้ (2,470 ราย)	
การรักษา*	ไม่ผ่าตัด	2,726 (90.09)	517 (92.99)	2,209 (89.43)	<0.01
	ผ่าตัด	300 (9.91)	39 (7.01)	261 (10.57)	
วันนอนโรงพยาบาล**	ไม่ผ่าตัด	4.04 (8.3)	7.14 (9.3)	3.31 (7.87)	<0.01
	ผ่าตัด	15.69 (19.69)	34.15 (30.74)	12.92 (15.78)	<0.01
	เฉลี่ย	5.2 (10.61)	9.04 (13.8)	4.33 (9.51)	<0.01
ค่ารักษาพยาบาล**		31,688.91(60,151)	46,553 (80,796)	28,343 (53,895)	<0.01
หอผู้ป่วย*	อายุกรรม	2,565 (84.77)	508 (91.37)	2057 (83.28%)	<0.01
	ศัลยกรรม	439 (14.51)	43 (7.73)	396 (16.03%)	
	อื่นๆ	22 (0.73)	5 (0.9)	17 (0.69%)	
สถานะการจำหน่าย*	กลับบ้าน	860 (28.42)	279 (50.18)	581 (23.52)	<0.01
	ส่งต่อ	1,249 (41.28)	211 (37.95)	1,028 (41.62)	
	เสียชีวิต	798 (26.37)	47 (8.45)	751 (30.41)	
	ปฏิเสธการรักษา	28 (0.93)	6 (1.08)	22 (0.89)	
	หนีกลับบ้าน	5 (0.2)	1 (0.18)	4 (0.16)	
	ขอกลับไป	95 (3.13)	12 (2.16)	83 (3.36)	
	เสียชีวิตที่บ้าน				

หมายเหตุ * จำนวนคน (ร้อยละ), ** ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู

		OR	95% CI	
เพศ	ชาย ต่อ หญิง	0.71	0.58	0.86
ที่อยู่	ในเขต ต่อ นอกเขต	0.39	0.26	0.59
การวินิจฉัยโรค	Ischemic ต่อ hemorrhagic	5.89	3.21	10.83
	Dyslipidemia	1.4	1.04	1.89
	Alcohol use	0.33	0.13	0.84
	Hospital acquired pneumonia	4.22	2.45	7.27
	Hemorrhagic transformation	2.71	1.37	5.36
	AIDS	7.57	1.34	42.86
	Aphasia	3.75	2.71	5.19
	Dysarthria	3.54	1.59	7.89
	Dysphagia	6.83	1.97	23.73
สถานะจำหน่าย	กลับบ้าน หรือส่งต่อ เทียบกับเสียชีวิต หนีออก จากโรงพยาบาลและปฏิเสธการรักษา	11.48	6.52	20.23

หมายเหตุ OR = Odd ratio; 95% CI = 95% confident interval

บทวิจารณ์

จากระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยในเป็นแบบรับปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ การส่งต่อเพื่อปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมาใน 1 ปี พบว่ามีร้อยละ 18 ที่ถูกส่งต่อเพื่อขอคำปรึกษาจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู เมื่อดูตัวแปรที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโดยใช้สถิติ multivariate analysis (ดังตารางที่ 4) สามารถแบ่งตัวแปรเป็นกลุ่มได้ดังนี้ 1) สถานะการจำหน่าย ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงอาการของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต (อาการหนัก) ไม่สมัครใจอยู่ (ขอย้ายโรงพยาบาล) หรือหนีออกจากโรงพยาบาล (อาการอ่อนแรงไม่มาก) มีโอกาสที่แพทย์จะไม่ได้ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2) การวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบ ischemic stroke แพทย์จะปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูมากกว่า hemorrhagic stroke ซึ่งอาจสัมพันธ์กับปัญหาและความบกพร่องของผู้ป่วย ระบบการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วย 3) ปัญหาและความบกพร่องของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสาร พูดไม่ชัดหรือกลืนลำบากทำให้แพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือเมื่อปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแล้วแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้วินิจฉัยภาวะผิดปกตินั้น ผู้ป่วยบางกลุ่มแพทย์ปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น ผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล ผู้ป่วยตีมนสุรา จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยกว่าอาจเกิดจากเมื่อพ้นภาวะแทรกซ้อนจากการตีมนสุราแล้วไม่พบความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นเช่น hemorrhagic transformation โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง น่าจะสัมพันธ์กับการมีภาวะผิดปกติอื่นร่วมและการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 4) ที่อยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับระบบบริการสาธารณสุขและระบบส่งต่อ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับงานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์มักเข้าใจว่าสามารถส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนได้เนื่องจากมีนักกายภาพบำบัดจึงไม่ได้ปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่วนเพศและไขมันในเลือดสูงเป็นตัวแปรที่มีผลไม่มากและไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้ และเนื่องจากเป็นการวิจัยแบบย้อนหลังทำให้มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในจำนวนผู้ป่วย 556 ราย หรือ ร้อยละ 18 ที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูนั้นพบว่า วันที่ส่งปรึกษาเฉลี่ยคือวันที่ 3-4 ของการนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทุกราย ในจำนวนนี้ ร้อยละ 60 ได้รับการฝึกโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่เหลือไม่ได้รับการฝึกโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากส่วนใหญ่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อน สำหรับการรับย้ายเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ต่อที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูพบว่าร้อยละ 4 ของจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อเพื่อปรึกษาได้รับการดูแลโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำ เนื่องจากมีความจำกัดด้านทรัพยากร (หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูมีจำนวน 12 เตียง สำหรับผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทุกประเภท) ระบบบริหารจัดการของหอผู้ป่วยและทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในภายหลังจากพ้นระยะเฉียบพลันและมาติดตามการรักษาที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยก่อนย้ายมาหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู 4 วัน วันนอนที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู 8 วัน ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ของ Khiaocharoen และคณะ⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่าวันนอนเฉลี่ยในระยะเฉียบพลันคือ 3.7 วัน และวันนอนช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ย 8.2 วัน แต่ต่ำกว่าวันนอนเฉลี่ยของวิไล คุปต์นิตตัยกุล และคณะ⁽⁴⁾ คือ 27 วัน ซึ่งศึกษาผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน (onset to admission interval 24 วัน) และนอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น จึงต่างจากงานวิจัยนี้ซึ่งศึกษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน นอกจากนี้ วันนอนที่สั้นยังเกิดจากข้อจำกัดเช่นเดียวกับการรับย้าย จึงมักตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยและญาติรู้วิธีฝึกเบื้องต้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะต่อไป สำหรับการนัดติดตามการรักษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่รับย้ายมีการนัดติดตามการรักษาถึง ร้อยละ 91 และมีผู้ป่วยมาตามนัด ร้อยละ 78 ของที่นัด ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับย้ายเกือบเท่าตัว ซึ่งเกิดจากระบบการนัดและการสื่อสารที่ดี ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดแตก ซึ่งสูงกว่าประเทศตะวันตกแต่ใกล้เคียงกับรายงานผู้ป่วยในเอเชีย⁽⁷⁻¹²⁾ ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งมีกำลังกล้ามเนื้อในระดับ 0-1 และเกือบร้อยละ 40 มีปัญหาการฟังเข้าใจทำตามสิ่ง ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว การสื่อสาร หรืออยู่ในระยะวิกฤต ในงานวิจัยนี้ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสารเพียงร้อยละ 6 พูดไม่ชัดไม่ถึงร้อยละ 1 และมีปัญหากลืนลำบาก ร้อยละ 0.4 ซึ่งต่ำกว่างานวิจัยก่อนหน้านี้^(4,13,14) จึงน่าจะเกิดจากการประเมินและการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ครอบคลุมของแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดสินใจในการปรึกษาหรือไม่ปรึกษาทeam เวชศาสตร์ฟื้นฟู

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดจากการหักผู้ป่วยเสียชีวิต (ร้อยละ 30) และผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรงหรืออ่อนแรงเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 37) ซึ่งมีการฟื้นตัวดีและสามารถฝึกต่อที่บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านได้โดยไม่มีความเสี่ยงหรือภาวะ

พิการทพพลภาพ คือประมาณร้อยละ 33 แต่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจริงเพียงร้อยละ 11.5 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด หรือ ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งขณะนี้ได้ดำเนินการปรับปรุงโดยมีแนวทางดังนี้

- 1) พัฒนาระบบการรับปรึกษาของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแล้วแต่ไม่นำไปสู่การปฏิบัติจริง ปัญหาคือแพทย์ไม่เขียนใบปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู การไม่มีความชำนาญในการประเมินความบกพร่องด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ความเข้าใจเรื่องทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูและขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความจำกัดด้านทรัพยากร ทำให้แพทย์รับจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งขณะนี้ได้ทดลองใช้วิธีการร่วมดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้องรับใบปรึกษา
- 2) พัฒนาความพร้อมและศักยภาพของทีมและหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อรองรับการฝึกแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) ให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพและการมาติดตามการรักษา
- 4) ผลักดันนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับประเทศและกำหนดเป็นตัวชี้วัดของระบบบริการสาธารณสุข

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้มีข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัย และการเก็บข้อมูล จึงไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุที่แน่ชัดของปัญหาการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่ำได้

สรุป การเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันยังจำกัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้แก่ สถานะจำหน่าย การวินิจฉัยโรค ปัญหาหรือความบกพร่องของผู้ป่วย และที่อยู่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์อุรวีศ ปิยะพรหมดี ในการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Bonita R, Mendis S, Truelsen T, Bogouslavsky J, Toole J, Yatsu F. The global stroke initiative. *Lanset Neurol* 2004; 3: 391-3.

2. Gersh BJ, Sliwa K, Mayosi BM, Yusuf S. The epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *Eur Heart J* 2010; 31: 642-8.
3. Pongvarin N. Burden of stroke in Thailand. *Int J Stroke* 2007; 2: 127-8.
4. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Dajpratham P, Piravej K. Main outcomes of stroke rehabilitation: A multi-center study in Thailand. *J Rehabil Med* 2009; 41: 54-8.
5. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. 2550.
6. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon A, Zungsontiporn C. Estimating patient-level costs for acute and sub-acute inpatient services in Thailand. *Siriraj Med J* 2012; 64: 157-62.
7. Suzuki K, Kutsuzawa T, Takita K, Ito M, Sakamoto T, Hirayama A et al. Clinico-epidemiologic study of stroke in Akita, Japan. *Stroke* 1987; 18: 402-6.
8. Kay R, Woo J, Kreel L, Wong HY, Teoh R, Nicholls MG. Stroke subtypes among Chinese living in Hong Kong: the Shatin stroke registry. *Neurology* 1992; 42: 985-7.
9. Banerjee TK, Choudhury D, Das A, Sekhar A, Roy D, Sen S. Analysis of hospital-based stroke registry in a neuro-logical centre in Kolkata. *J Indian Med Assoc* 2005; 103: 665-8.
10. Jeng JS, Lee TK, Chang YC, Huang ZS, NG SK, Chen RC, et al. Subtypes and case-fatality rates of stroke: a hospital based stroke registry in Taiwan (SCAN-IV). *J Neuro Sci* 1998; 156: 220-6.
11. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Massakulpan P, 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.
12. Hu HH, Sheng WY, Chu FL, Lan CF, Chiang BN, Lo YK et al. Incidence of stroke in Taiwan. *Stroke* 1992; 23: 1237-41.
13. Dickey L, Kagan A, Lindsay MP, Fang J, Rowland A, Black S. Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91(2): 196-202.
14. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005; 36(12): 2756-63.