

# เปรียบเทียบประสิทธิผลของการฟื้นฟูผู้ป่วย อัมพาตแบบผสมผสานการฝังเข็มกับ การฟื้นฟูแบบแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว ในโรงพยาบาลราชวิถี มิ.ย.-ก.ย. พ.ศ.2543

พิพัฒน์ ชุมเกษียร\*

พรินทร์ มหัทธโน\*\*

ปนัดดา เทศชุกลิน

เบญจมาศ นาควิจิตร

พิบูลย์ ยัมพระพาย

สิริวรรณ ขำแจ่ม

ธรรมบุญ ปรีชาเวชกุล

อำไพ ไพโรสิงห์\*

ภูษิษฐ์ ถนอมวงษ์\*

สำราญ ทิววัฒน์\*

กฤษฎา ตัญตรัยรัตน์\*

## Abstract

Comparing Effectiveness of Integrative Care [Acupuncture and Modern Medical Rehabilitation (MMR)] and MMR for the Stroke Patients in Rajavithi Hospital, June-Sep 2000 Chumkasian P.

Department of Rehabilitation Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand.

*Bull Dept Thai Trad.Med. and Alternt. Med. 2005;3(1):3-15*

This study aims to compare the effectiveness of integrative care (IC) [acupuncture and modern medical rehabilitation(MMR)] and MMR only for all the stroke patients (69 cases) who has been consulted to the department of Rehabilitation, during June-September 2000, 25 cases were registered to the project. Methodology is a prospective case (IC)-control (MMR) study, the patients and relatives chosen the program by themselves, all the patients got the standard rehabilitation program (MMR) 10 times in 2 weeks, in the same period, the Integrative care group were added acupuncture program 6 times in 2 weeks.

\* พ.บ. ว.ว.เวชศาสตร์ฟื้นฟู

\*\* พ.บ. ว.ว.ประสาทศัลยศาสตร์

\* วท.บ. กายภาพบำบัด

\* วท.บ. กิจกรรมบำบัด

\* ปวส. ช่างกายอุปกรณ์

\* ปวส. เจ้าพนักงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี

งานศัลยกรรมประสาท กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี

Before and after the program, the stroke outcome was measured to compare the effectiveness of IC and MMR, by 2 variables; Scandinavian Stroke Scale score (SSS) for severity and Modified EuroQOL score (QOL) for Quality of Life. The result was that only 6 patients (3 in each group) could complete the program, the mean effectiveness of SSS and QOL in IC/MMR groups were 75.69% / 25.64% and 107% / 84.26% respectively, the effectiveness trend was higher in IC group, but not statistical significant due to small size of cases.

**KEY WORDS:** effectiveness, acupuncture, stroke, rehabilitation

## เรื่องย่อ

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาระบบบริการแบบผสมผสานการฝังเข็ม และการฟื้นฟูแบบแพทย์แผนปัจจุบัน (แบบผสมผสาน) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตแบบผสมผสานกับการฟื้นฟูแบบแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว (แบบปกติ) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยอัมพาตทุกราย (69 ราย) ที่ส่งปรึกษามาที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ระหว่าง มิถุนายน-กันยายน พ.ศ.2543 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 25 ราย วิธีการศึกษาแบบไปข้างหน้าและให้ผู้ป่วยหรือญาติเลือกวิธีการฟื้นฟูเอง (แบบผสมผสานหรือแบบปกติ) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการฟื้นฟูแบบแผนปัจจุบัน 10 ครั้งนาน 2 สัปดาห์เหมือนกัน ส่วนกลุ่มผสมผสานได้ฝังเข็ม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 6 ครั้ง ในช่วงเวลาเดียวกัน มีการประเมินคะแนนอัมพาตและคะแนนคุณภาพชีวิต ทั้งก่อนและหลังการฟื้นฟู ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 6 ราย (กลุ่มละ 3 ราย) ได้รับการฟื้นฟูครบตามโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะของประชากรใกล้เคียงกัน ได้ผลเปรียบเทียบประสิทธิผลเฉลี่ยของแบบผสมผสานต่อแบบปกติ ในด้านความรุนแรงของอัมพาต และด้านคุณภาพชีวิต แบบผสมผสานต่อแบบปกติเป็น 75.69% ต่อ 25.64% และ 107% ต่อ 84.26% ตามลำดับ กล่าวได้ว่ากลุ่มผสมผสานมีแนวโน้มของการมีประสิทธิผลมากกว่า แต่หาความสัมพันธ์ทางสถิติไม่ได้เพราะกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

**คำสำคัญ :** ประสิทธิภาพ ฝังเข็ม อัมพาต ฟื้นฟู

## ที่มา และความสำคัญของปัญหา

อัมพาต (ภาวะที่มีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก พูดไม่ได้ หมดสติ หรือเสียชีวิตถ้าเป็นรุนแรง โดยส่วนใหญ่มีเหตุจากโรคหลอดเลือดในสมองหรืออุบัติเหตุทางสมอง) กำลังเป็นปัญหาสำคัญของโลกที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในลำดับสอง รองจากโรคหัวใจ (WHO, Bangkok charter for health promotion, 7-11 Aug 2005) ขณะที่ประเทศไทยได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาของอัมพาตเป็นภาวะโรคจากการตายและพิการก่อนวัยอันควรใน 3 อันดับแรก (รายงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542)

รัฐบาลไทยจึงกำหนดนโยบาย ปีพ.ศ. 2548-2551 มุ่งสู่ “เมืองไทยแข็งแรง” โดยมี ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ทั้งการลดอัตราเจ็บป่วย และการให้การรักษามีมาตรฐาน มีประสิทธิผล และ คุณภาพชีวิตที่ดี (พตท.ทักษิณ ชินวัตร, คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภา, 23 มีนาคม 2548)

เพื่อให้บรรลุมาตรฐานการรักษานักกายภาพบำบัดให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด หลังจากผู้ป่วยอัมพาต ผ่านพ้นภาวะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี และมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Katherine S.BA,et.al, June 2005) โดยการจัดการความรู้ (Knowledge management model, <http://www.kmi.or.th/>) ทั้งเนื้อหา และประสบการณ์ ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกด้านการฝังเข็มในผู้ป่วยอัมพาต ซึ่งองค์การอนามัยโลกรับรองการ ฝังเข็มเพื่อรักษาผู้ป่วยอัมพาตว่ามีประสิทธิผลมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้ทำฝังเข็มเร็วที่สุดหลังเป็น อัมพาต (WHO,1996)(Zhang SH,et al,2005)(Park J,et al,2001)(Am J Phys Med Rehabil,1999)

ด้านความปลอดภัยของการฝังเข็ม ประเทศไทยมีหลักสูตรแพทย์แผนจีนสำหรับแพทย์เวช ปฏิบัติ ระยะเวลา 14 สัปดาห์ สอดคล้องกับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของประเทศอเมริกา (Sheilar N. Thomas,2004) โดยศูนย์ความร่วมมือทางการแพทย์ไทย-จีน\* กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ.2541 (\*ปัจจุบันสังกัด กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) ปีพ.ศ. 2548 มีแพทย์ผ่านการฝึกอบรมแล้วกว่า 450 ราย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่ต้องการ แพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นในการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาต

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตแบบผสมผสานการฝังเข็ม (แบบผสมผสาน) กับการฟื้นฟูแบบแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว (แบบปกติ)
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ความรุนแรงและข้อย่อยๆ ของผู้ป่วยอัมพาต ก่อนและหลังการได้รับการ ฟื้นฟูทั้งสองแบบข้างต้น
3. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตรวมและข้อย่อยของผู้ป่วยอัมพาต ก่อนและหลังการได้รับการ ฟื้นฟูทั้งสองแบบข้างต้น
4. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิผลมากขึ้นในการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต

## ขอบเขตของการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการศึกษาผู้ป่วยอัมพาตทุกราย ที่ส่งปรึกษาไปที่กลุ่ม งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ.2543 (จำนวน 96 ราย) โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposeful Random Sampling) ให้ผู้ป่วยและญาติ ตั้งใจเลือกเองจะรักษาแบบผสมผสานการฝังเข็ม (แบบผสมผสาน) หรือการฟื้นฟูแบบแพทย์แผน ปัจจุบันอย่างเดียว (แบบปกติ) มีผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมโครงการ 25 ราย

**เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย** ผู้ป่วยอัมพาตที่สมัครเข้าร่วมโครงการทุกราย ต้องพร้อมและมีศักยภาพที่จะฟื้นฟูสภาพ โดยต้องไม่มีภาวะวิกฤติทางการแพทย์ ไม่มีโรคที่อยู่ในระยะติดต่อกันได้ เช่น วัณโรคระยะติดต่อรุนแรง ไม่มีเลือดออกไหลไม่หยุด มีสัญญาณชีพคงที่เกินกว่า 48 ชั่วโมง มีความสามารถในการเรียนรู้ทำตามสั่งได้บ้าง มีญาติหรือผู้ดูแลร่วมฝึกฟื้นฟูผู้ป่วย

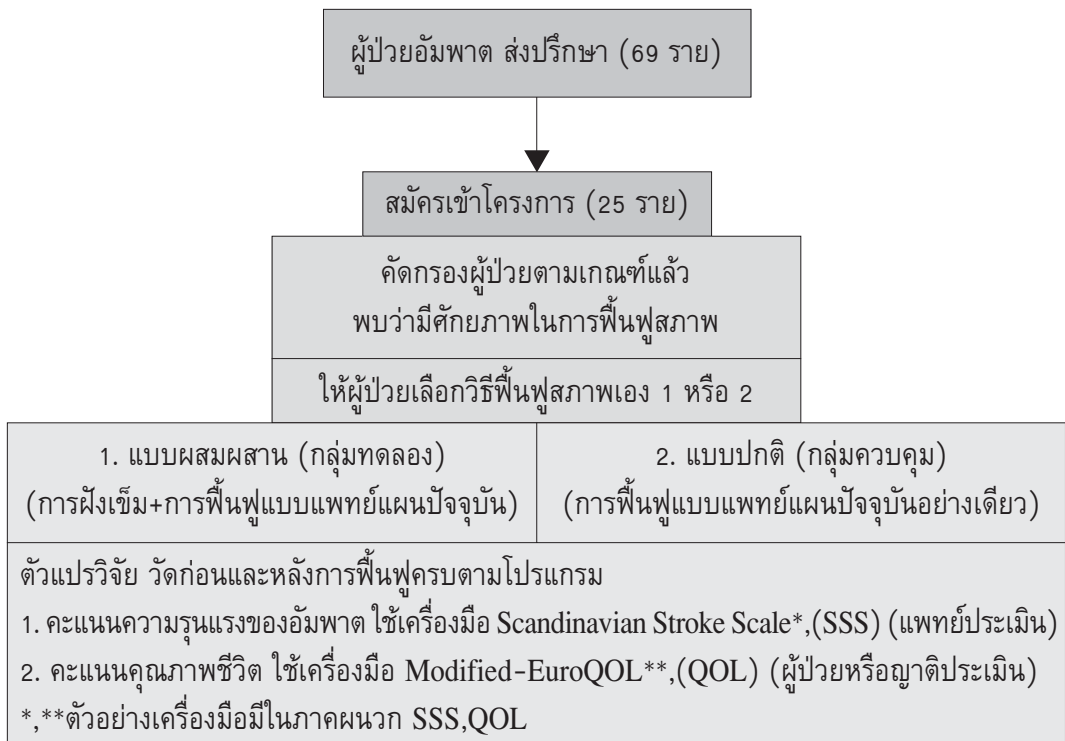
## สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลอง (แบบผสมผสานการฝังเข็ม) มีประสิทธิผลมากกว่า กลุ่มควบคุม (ฟื้นฟูแบบแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว)

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีการศึกษาแบบไปข้างหน้า โดยแบ่งกลุ่มทดลอง (แบบผสมผสาน) และกลุ่มควบคุม (แบบปกติ) ด้วยวิธีการเลือกอย่างเจาะจง (Purposeful Random Sampling) โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติเลือกวิธีการฟื้นฟูเอง (แบบผสมผสานหรือแบบปกติ) ตามสิทธิผู้ป่วย การประเมินผลตัวแปรวิจัยทำโดยไม่ได้ปกปิด (not blinded patient, assessor nor therapist) เพราะทุกขั้นตอนต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยและให้โปรแกรมการฟื้นฟูตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

### กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัย



## นิยามตัวแปร

คะแนนระดับความรุนแรงของอัมพาต (Scandinavian Stroke Scale=SSS) กับการพึ่งตนเองได้

ระดับคะแนน SSS	ระดับความรุนแรง	อัตราการฟื้นฟูสภาพจนพึ่งตนเองได้	โอกาสพึ่งตนเองได้
0-15	รุนแรงมาก	5 เดือน	4%
15-30	รุนแรง	4 เดือน	13%
31-45	ปานกลาง	3 เดือน	37%
46-58	เบา	2 เดือน	68%

### คะแนนคุณภาพชีวิต QOL (Modified EuroQOL\*\*)

มีสองส่วนที่สัมพันธ์กัน ส่วนแรกเป็นปัญหาต่าง ๆ 5 ข้อ คะแนนเต็ม ข้อละ 3 คะแนน (การเคลื่อนไหว, การดูแลตนเอง, กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ, อาการปวดหรือความรู้สึกไม่สบาย, ความวิตกกังวลหรือรู้สึกซึมเศร้า)

ส่วนที่สองสภาวะสุขภาพในวันนี้ (%) (ดีที่สุดคะแนน คือ 100% แย่สุดคือ 0%)

การคิดคะแนนคุณภาพชีวิต = (คะแนนรวมส่วนแรก) \* (คะแนน % ส่วนที่สอง)

คะแนนสูงสุด (1,500 คะแนน) (สูงสุด15 คะแนน) (สูงสุด100 คะแนน)

ประสิทธิผลด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต คือ อัตราการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของอัมพาต

Effective-SSS (%) =  $[SSS2-SSS1] * 100 / SSS1$  (%)

SSS1 คือ คะแนนระดับความรุนแรงของอัมพาตก่อนเข้าโปรแกรม

SSS2 คือ คะแนนระดับความรุนแรงของอัมพาตหลังเข้าโปรแกรม

ประสิทธิผลด้านคุณภาพชีวิต คือ อัตราการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต

Effective-QOL (%) =  $[QOL2-QOL1] * 100 / QOL1$  (%)

QOL1 คือ คะแนนระดับคุณภาพชีวิตก่อนเข้าโปรแกรม

QOL2 คือ คะแนนระดับคุณภาพชีวิตหลังเข้าโปรแกรม

ประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (Significant Clinical-Effectiveness)(วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2545)

หมายถึง ประสิทธิภาพที่มากกว่า 25% ในด้านนั้นๆ

ประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกด้านการฟื้นฟูอัมพาต Effective-SSS > 25%

ประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกด้านคุณภาพชีวิต Effective-QOL > 25%

## เครื่องมือประเมินตัวแปรวิจัย และขั้นตอนการพัฒนา

1. เครื่องมือ Scandinavian Stroke Scale\*, (SSS) ใช้ประเมินความรุนแรงของอัมพาต (แพทย์ประเมิน) เพราะเป็นการประเมินในภาวะอัมพาตในระยะแรก ที่มีความกระชับ เทียบตรง เชื่อถือได้ (brief, valid, reliable) และสามารถใช้พยากรณ์โรคเพื่อเป็นแนวทางรักษาได้ (Cote R et al, 1986) ค้นหาและ download ได้ใน <http://www.strokecenter.org/trials/scales/scandinavina.html> แล้วนำมาประมวลเข้ากับแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอัมพาต FR-STC-01 (ดูภาคผนวก)

\*ไม่ใช้ FIM (Functional Independent Measurement) เพราะต้องเสียค่าลิขสิทธิ์การใช้ และใช้เวลาในการวัดนาน

\*ไม่ใช้ Barthel Index เพราะมีข้อจำกัด ไม่สามารถจำแนกกลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย (AHCPR Publication No.95-0663: May 1995)

2. เครื่องมือ Modified-EuroQOL\*\*, (QOL) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต (ผู้ป่วยหรือญาติประเมิน) เพราะมีความเที่ยงตรง ง่าย แม่นยำและเชื่อถือได้ (valid, simple, accurate and reliable) จึงสามารถประเมินโดยผู้ป่วยและญาติได้ (Kuroda A. et al, 2003)(Dorman P, et al, 2000)

### ขั้นตอนการพัฒนาเพื่อปรับใช้กับคนไทย

1. แปลเป็นภาษาไทย จาก EuroQOL Questionnaire
2. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วปรับแก้ไข
3. นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาตจากหอผู้ป่วยที่ศัลยกรรมประสาท และอายุรกรรมชาย จำนวน 30 ราย แล้วนำมาทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ค่า Alpha of Co-efficient ได้ค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

## ผลการศึกษา

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยอัมพาตทุกรายที่มาใช้บริการที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่าง มิถุนายน 2543-15 กันยายน 2543 จำนวน 25 ราย รับการฟื้นฟูสภาพครบชุดการรักษาจำนวน 6 ราย เป็นชาย 3 คน มีอายุ 24, 36, 46, 70, 75 และ 88 ปี อาชีพส่วนใหญ่อยู่บ้าน 4 ราย ไม่มีรายได้ต่อเดือน 5 ราย มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 2,700 บาท 4 ราย จาก 5 ราย ใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาของครอบครัว 2 ราย จ่ายเอง, ประกันสังคม, ผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย สิทธิละ 1 ราย พักอาศัยกับครอบครัว 5 ราย พักกับเพื่อน 1 ราย มีความรุนแรงของอัมพาตก่อนการรักษา ระดับเบา 3 ราย ระดับรุนแรงมาก, รุนแรงและปานกลาง ระดับละ 1 ราย มีสาเหตุของอัมพาตจากโรคหลอดเลือดในสมอง 3 ราย อุบัติเหตุทางสมอง, เนื้องอกและเส้นเลือดในสมองผิดปกติ (Aneurysm or Arterio-Venous Malformation) เหตุละ 1 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่ปรับได้ หนึ่งในปัจจัย 2 ราย, สอง

สาม และสี่ปัจจัยอย่างละ 1 ราย ไม่มีปัจจัยเสี่ยง 1 ราย มีกลุ่มเลือด เอ 1 ราย โอ 1 ราย ไม่ทราบกลุ่ม 4 ราย มีระยะเวลาหลังเป็นอัมพาตก่อนการฟื้นฟูสภาพ 5, 9, 13, 14, 15 และ 67 วัน มีระยะเวลาการฟื้นฟูครบ 1 ชุดการรักษา 5 วัน 2 ราย 18, 19, 29 และ 32 วันตามลำดับ

### ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

โปรแกรมการรักษา	เลขประจำตัวผู้ป่วย(H.N.)	เพศ	อายุ (ปี)	ปัจจัยเสี่ยง (รหัส)	คำวินิจฉัย ด้านพยาธิสภาพ	ระยะเวลาเริ่มรักษาหลังป่วย
ฟื้นฟูปกติ	1869242	ชาย	75	6	Thrombosis of Posterior cerebral artery	5 วัน
ฟื้นฟูปกติ	2939538	ชาย	24	7	Traumatic Brain Injury	5 วัน
ฟื้นฟูปกติ	6681043	ชาย	36	1,7	Ruptured Aneurysm	32 วัน
ผสมผสาน	6246543	หญิง	46	0	Meningioma	19 วัน
ผสมผสาน	6470142	หญิง	88	1,3,8	Thrombosis of Middle cerebral artery	18 วัน
ผสมผสาน	6723443	หญิง	70	1,3,4,8	Thrombosis of Middle cerebral artery	29 วัน

(รหัส)ปัจจัยเสี่ยง 1 Hypertension 3 Prior stroke/TIA 4 DM 6 Dyslipidemia 7 Smoker 8 Ex-smoker

### ตอนที่ 2 ผลลัพธ์การวิจัย

ตารางที่ 2.1 คะแนนความรุนแรงของอัมพาตและประสิทธิผลของโปรแกรมการรักษา (จำแนกผู้ป่วยรายบุคคล)

วัตถุประสงค์		2		1	2								
โปรแกรมการรักษา	เลขประจำตัวผู้ป่วย H.N.	SSS	SSS	Effective sss (%)	คะแนนที่เปลี่ยนแปลงแต่ละหัวข้อย่อย								
		1	2		C	O	E	F	S	A	H	L	G
					o	r	M	P	p	r	a	e	a
ฟื้นฟูปกติ (เพศชาย ทั้ง 3 ราย)	1869242	46	58	26.09	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	2939538	41	50	21.95	0	0	0	0	0	0	0	0	9
	6681043	45	58	28.89	0	0	0	0	0	1	2	1	9
ผสมผสาน (เพศหญิง ทั้ง 3 ราย)	6246243	41	50	21.95	0	0	2	0	0	0	0	1	6
	6470142	13	31	138.46	2	6	0	0	0	0	2	2	6
	6723443	18	30	66.67	0	0	0	0	0	2	2	2	6

Co = Consciousness Or = Orientation EM = Eye motion FP = Facial palsy Sp = Speech  
Ar = Arm motor power Ha = Hand motor power Le = Leg motor power Ga = Gait

จากตารางที่ 2.1 พบว่า การฟื้นฟูทั้งสองแบบมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (มากกว่า 25%) ถึง 2 ใน 3 ราย แต่ประสิทธิภาพเฉลี่ยของแบบผสมผสานจะสูงกว่าแบบปกติ คือ 75.69% และ 25.64% ตามลำดับ เมื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงในหัวข้อย่อยทั้งสองแบบจะดีขึ้นด้าน Motor power โดยเฉพาะคะแนนความสามารถในการเดินดีขึ้นเกือบทุกคน 6-9 คะแนน ขณะที่แบบผสมผสานจะมี Higher brain function (Co,Or,EM) ดีขึ้นมากกว่า

ตารางที่ 2.2 คะแนนคุณภาพชีวิตและความคุ้มค่าของโปรแกรมการรักษา (จำแนกผู้ป่วยรายบุคคล)

วัตถุประสงค์		3		1	3					
โปรแกรมการรักษา	เลขประจำตัวผู้ป่วย H.N.	QOL	QOL	Effective - QOL	คะแนนที่เปลี่ยนแปลงแต่ละข้อย่อย*					
		1	2		Mo	SC	AD	PD	Anx	Fit
ฟื้นฟูปกติ (เพศชาย ทั้ง 3 ราย)	1869242	720	1100	<u>53</u>	0	<u>1</u>	<u>1</u>	-1	0	40
	2939538	750	900	20	-1	-2	0	0	<u>1</u>	0
	6681043	400	1120	<u>180</u>	-1	-2	-1	-1	-1	30
ผสมผสาน (เพศหญิง ทั้ง 3 ราย)	6246243	450	700	<u>56</u>	-2	0	-1	-1	0	0
	6470142	100	350	<u>250</u>	0	0	0	-1	-1	30
	6723443	210	245	17	0	0	0	0	-1	5

Mo = Mobility การเคลื่อนไหว SC = Self care การดูแลตนเอง AD = Activity of Daily living กิจกรรมประจำวัน PD = Pain & Discomfort ปวด รู้สึกไม่สบาย Fit = Fitness สภาพร่างกายฟิต

\*ข้อย่อย Mo, SC, AD, PD ถ้าเปลี่ยนแปลงเป็นบวก คือ คุณภาพชีวิตแย่ง ต้องพึ่งพามากขึ้น Fit ยิ่งมากยิ่งดี

จากตารางที่ 2.2 พบว่า การฟื้นฟูทั้งสองแบบมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (มากกว่า 25%) ถึง 2 ใน 3 ราย แต่ประสิทธิภาพเฉลี่ยของแบบผสมผสานจะสูงกว่าแบบปกติ คือ 107.41% และ 84.26% ตามลำดับ เมื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงในหัวข้อย่อยทั้งสองแบบจะดีขึ้นในภาพรวม แต่แบบปกติจะแย่งในด้าน的自我ดูแลตนเองและกิจกรรมประจำวัน 1 ราย (ผู้ป่วยมีโรคร่วม คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ ตามัวจากต้อกระจก) แย่งด้านปวดและรู้สึกไม่สบาย 1 ราย (ผู้ป่วยมีโรคร่วม คือ อุบัติเหตุกระดูกต้นแขนหักด้านที่อ่อนแรง ผ่าตัดตามเหล็กแล้ว)



## วิจารณ์

องค์ความรู้ด้านการฝังเข็มและรมยา เป็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนตะวันออก (The Oriental Medicine) มีปรัชญาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่โดดเด่น มีกำเนิดและพัฒนาการในประเทศจีนมากกว่า 3 พันปี มีทั้งการกดจุด ฝังเข็ม รมยา รวมทั้งการใช้สมุนไพรและอาหารเพื่อการบำบัดรักษาโรค และรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ในปี ค.ศ. 1979 องค์การอนามัยโลกได้รับรองโรคที่ใช้ฝังเข็มได้ผล 43 โรค แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบทางคลินิก ในปี ค.ศ. 1991 เริ่มมีการใช้ฝังเข็มหลอก (Placebo or Sham acupuncture) เพื่อใช้ศึกษาเปรียบเทียบทางคลินิก ทำให้การฝังเข็มในผู้ป่วยอัมพาตได้จัดไว้ในกลุ่มที่ 1 คือ ได้รับการพิสูจน์แล้วจากการศึกษาเปรียบเทียบทางคลินิกว่ามีประสิทธิผล (Zhang Xiaorui, Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials) และล่าสุดปี ค.ศ. 2005 มีการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลและความปลอดภัยของการฝังเข็มในผู้ป่วยอัมพาต พบว่ามีความปลอดภัย แต่ภาพรวมผลดียังไม่มีหลักฐานชัดเจน แต่เมื่อเจาะจงเทียบกับฝังเข็มหลอก ผู้ป่วยกลุ่มฝังเข็มเสียชีวิตหรือต้องพึ่งพาน้อยกว่า (Odd Ratio, OR 0.58, 95% Confidence Interval, CI 0.43 to 0.99), นอนรักษาในสถานพยาบาลน้อยกว่า (OR 0.58, 95% CI 0.35 to 0.96) มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนรวมของระบบประสาทสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Standard Mean Difference score, SMD 1.17, 95% CI 0.30 to 2.04) (Zhang SH, 2005) มีการศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการฝังเข็มผู้ป่วยทางระบบประสาท พบว่ามีความปลอดภัยถ้าทำโดยแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ผลแทรกซ้อนมักเกิดจากการละเลยเทคนิคปราศจากเชื้อ ด้านประสิทธิภาพอยู่ที่ระเบียบวิธีการศึกษา ต้องพิจารณาการเลือกกลุ่มควบคุมที่ดีและเทคนิคการกระตุ้นเข็มที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย (Rabinstein, et.al.2003) กลุ่มการศึกษาอย่างเป็นระบบที่มีผลลัพธ์ของการฝังเข็มด้านประสิทธิผลไม่ดีกว่าการฟื้นฟูแบบปกติ เริ่มฝังเข็มซ้ำภายใน 60 วัน แต่ไม่ได้ระบุวิธีการปักเข็มและการกระตุ้นเข็มที่ครั้งต่อสัปดาห์ (Park J, et. al.(2001) (Ernst E, et. al. 1996) (Kjendahl A, et. al., 1997) (Wong AM, et. al.1999) (Johansson BB, et.al.2001) (Gosman Hedstrom G, et.al.1998) กลุ่มการศึกษาที่ได้ประสิทธิผลดีมักปักเข็ม 3-6 ครั้งต่อสัปดาห์ (Zhang et.al., 1987)(Hu et.al.,1993) สอดคล้องกับประสพการณ์ของครูไสว มาลยเวช การปักเข็มในคนไข้อัมพาตให้มีประสิทธิผลอย่างน้อยควรปักเข็ม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไสว มาลยเวช, 2538) มีเพียงการศึกษาของ Johansson K.(1993) ที่ปักเข็ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์แต่มีประสิทธิผล โดยเริ่มรักษาโดยเร็วภายใน 4-10 วันหลังมีอาการของอัมพาต การศึกษานี้ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยจึงให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการฟื้นฟูเอง โปรแกรมการฟื้นฟูตามสภาพผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 ระยะ เพื่อให้วิธีการฟื้นฟูที่สอดคล้องกับการฟื้นตัวของผู้ป่วย วิธีการปักเข็มใช้แบบแผนจีน ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 6 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ ทำจริง ๆ ไม่ได้ตามแผน รวมระยะเวลาการฟื้นฟูครบ 1 ชุดการรักษาจริง 5 ถึง 32 วัน เพราะขาดการประสานงานที่ดี แต่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีประสิทธิผลทางคลินิก 2 ใน 3 คนเท่ากัน โดยแนวโน้มของแบบผสมผสานสูงกว่า (75.69% และ 25.64%) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเพราะกลุ่มตัวอย่างน้อย การศึกษาต่อไปสามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

Size Estimation =  $[P1*(100-p1)+P2*(100-p2)]/[p2-p1]$  แทนค่า  $p1 = 25.64\%$   $p2 = 75.69\%$  จะได้ขนาดตัวอย่าง 74.86 คือ 75 ราย ถ้าสามารถจัดการฝังเข็มให้มีประสิทธิผลกว่านี้ เช่น ผู้ป่วย Ischemic stroke ฝังเข็มร่วมด้วยใน 6 ชั่วโมงแรก และมีกรรมยา (Moxibusion) ร่วมด้วย ประสิทธิภาพอาจเป็น 100% ( $p2=100$ ) จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กลงได้เหลือเพียง 26 ราย

## ข้อเสนอแนะ

จากญาติผู้ป่วย กลุ่มผสมผสาน 1 ราย

“อยากให้ผู้ป่วยได้บริหารและออกกำลังกายให้มากกว่านี้ หรือหาวิธีใดก็ได้ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีกว่าทุกวันนี้” (รายที่มีผลคะแนนความรุนแรงอัมพาต SSS1=13 (รุนแรง) SSS2=31 (ปานกลาง) ประสิทธิภาพด้านความรุนแรงอัมพาต = 138.46% คะแนนคุณภาพชีวิต QOL1=100 QOL2=350 ประสิทธิภาพด้านคุณภาพชีวิต = 250%)

จากคณะผู้วิจัย

เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโครงการอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องควรมีการพัฒนาโครงการวิจัยต่อไปดังนี้ 1. ระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จ one-stop service เพื่อความสะดวกผู้ป่วยและญาติ 2. ระบบบริหารการวิจัยและผู้ประสานงานวิจัยทั้งระบบทำงานแบบเต็มเวลาเพื่อให้งานวิจัยได้ผลบรรลุตามเป้าหมาย 3. คณะผู้วิจัยสามารถแบ่งเวลาทำวิจัยได้ชัดเจนเพื่อการเรียนรู้ทั้งเฉพาะตนและทั้งคณะ 4. องค์กรต้นสังกัดต้องสนับสนุนและพัฒนาให้โครงการดำเนินการได้สะดวก โดยเฉพาะการลงทุนด้านการเข้าหาแหล่งความรู้ที่เชื่อถือได้ ให้เข้าได้ทั่วทั้งองค์กรและลงทุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อการดำเนินการ

## สรุป

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตแบบผสมผสานการฝังเข็มกับ การฟื้นฟูแบบแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว พบว่าของทั้งสองกลุ่มต่างมีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก 2 ใน 3 ราย แต่ยังไม่เห็นผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยขนาดประชากรศึกษาน้อย ควรพัฒนาการวิจัยต่อไปทั้งด้านระบบมาตรฐานการบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการฝังเข็ม ระบบเครือข่ายและการจัดการวิจัยโดยเฉพาะด้านทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อให้มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการอย่างครบถ้วน ควรมีขนาดกลุ่มศึกษามากพอ 26-75 ราย (ที่ประสิทธิผล 100% และ 75% ตามลำดับ) ที่จะเห็นความแตกต่างทางสถิติ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอแสดงความขอบคุณในกุศลกรรมแด่คณาจารย์จากสภาวิจัยแห่งชาติ อาจารย์ธเนศ ต่วนชะเอม ดร.ปัญญา วีระวิทยเลิศ ผศ.ดร.วัลย์ทิพย์ สาขลวิจารณ์ อาจารย์ศิลป์ชัย นิลกรรณ์ และคุณศศินาฏ แสงแก้ว ที่ให้ความรู้ ประสบการณ์และพัฒนาโครงการวิจัยนี้ คณาจารย์หลักสูตรการแพทย์แผนจีนและการ

ฝังเข็ม-รมยา โดยเฉพาะ ศ.นพ.เจิง จื่อ เจิง ครูไสว มลายเวช และนพ.ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง ที่ให้โอกาสเรียนรู้ฝึกฝนทักษะการฝังเข็มจนสามารถนำมาใช้ผสมผสานการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตให้เกิดประสิทธิผล คณะผู้วิจัยและบุคลากรกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้ได้ร่วมกันพัฒนาระบบฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตแบบผสมผสานการฝังเข็ม และผู้ป่วยอัมพาตและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งจนสามารถพึ่งตนเองได้

## เอกสารอ้างอิง

- 1 World Health Organization, *Bangkok charter for Health Promotion*, WHO-Ministry of Public Health, Bangkok Thailand, 7-11 Aug 2005
- 2 รายงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542, *ภาระโรคจากการตายและพิการก่อนวัยอันควร*, กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ 2542
- 3 ทักษิณ ชินวัตร, *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภา*, 23 มีนาคม 2548
- 4 Katherine S.BA,et.al, *Evidence-Based Review : Outcome Measures in Stroke Rehabilitation*, 7<sup>th</sup> ed.,June2005
- 5 Knowledge management model, <http://www.kmi.or.th/>
- 6 World Health Organization, *Acupuncture : Review and Analysis of Report on Controlled Clinical Trials*, 1996
- 7 Zhang SH, Liu M, Asplund K, Li L., *Acupuncture for acute stroke*, Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD003317. Review.
- 8 Park J, Hopwood V, White AR, Ernst E., *Effectiveness of acupuncture for stroke: a systematic review*, J Neurol. 2001 Jul;248(7):558-63. Review.
- 9 Wong AM, Su TY, Tang FT, Cheng PT, Liaw MY., *Clinical trial of electrical acupuncture on hemiplegic stroke patients*, Am J Phys Med Rehabil. 1999 Mar-Apr;78(2):117-22.
- 10 Sheilar N. Thomas,et al., *Safety issues in Complementary & Alternative Health Care*,2004, <http://pim.med.unc.edu/Safety.pdf>
- 11 วิชาญ ธรรมลิขิตกุล, *ระเบียบวิธีวิจัยทางคลินิก*, มิถุนายน 2545
- 12 ชัยรัตน์ เจริญสุข และคณะ, *การฝังเข็มและรมยาแผนจีน*, <http://www.ackudon.com/acupuncture.php>
- 13 ภาสกิจ(วิฑูรย์) วัฒนวิบูล, *ทางเลือกของการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์แพทย์จีน ผสมผสานศาสตร์แพทย์แผนปัจจุบันอย่างลงตัว*, <http://www.samluang-cwmc.com/>
- 14 ไสว มลายเวช. เทคนิคในการแทงเข็มและรมยา. ใน: บันเทิง นราภิรมย์, บรรณาธิการ. ตำราแทงเข็ม-รมยา และสรุปบทเรียนจากประสบการณ์, กรุงเทพฯ สุขภาพใจ 2538: 199-217
- 15 Johansson K, Lindgren I, Widner H, Wiklund I, Johansson B(1993) Can sensory stimulation improve the functional outcome in stroke patients? Neurology 43: 2189-92.จ

- 16 อภิชาติ ชัยตรุณ, วิทวัส วัฒนวิบูล, เพ็ญ เรือนแสงธรรม. ผลข้างเคียงและข้อระวังในการฝังเข็ม. ใน วิทวัส วัฒนวิบูล, บรรณาธิการ, กรุงเทพฯ: ยิน-หยาง; 2532 : 57-62
- 17 Rabinstein, Alejandro A, Shulman, Lisa M., *Acupuncture in Clinical Neurology, Neurologist*. May 2003;9(3):137-48
- 18 Kjendahl A, Sallstrom S, Osten PE, *et al*. A one year follow-up on the effects of acupuncture in the treatment of stroke patients in the subacute stage: a randomized, controlled study. *Clin Rehabil* 1997;11:192-200.
- 19 Wong AM, Su TY, Tang FT, *et al*. Clinical trial of electrical acupuncture on hemiplegic stroke patients. *Am J Phys Med Rehabil* 1999;78:117-22.
- 20 Johansson BB, Haker E, von Arbin M, *et al*. Acupuncture and transcutaneous nerve stimulation in stroke rehabilitation. A randomized controlled trial. *Stroke* 2001;32:707-13.
- 21 Gosman Hedstrom G, Claesson L, Klingenstierna U, *et al*. Effects of acupuncture treatment on daily life activities and quality of life: a controlled, prospective, and randomized study of acute stroke patients. *Stroke* 1998;29:2100-8.
- 22 เจริญ จื่อ เจริญ. จังฟง (*Cardiovascular disease*). ใน เจริญ จื่อ เจริญ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เอกสารประกอบคำบรรยายหลักสูตรแพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ 2 โรงพยาบาลราชวิถี ; 20 พ.ย. 2541.
- 23 เจริญ จื่อ เจริญ และคณะ. *การรักษาผู้ป่วยอัมพาต อัมพฤกษ์ ด้วยการฝังเข็ม*. ใน เจริญ จื่อ เจริญ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เอกสารประกอบการอบรมแพทย์ฝังเข็ม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 12-16 ม.ค. 2547.
- 24 The Internet Stroke Center, *Post-Stroke Rehabilitation: Assessment, Referral, and Patient Management Quick Reference Guide Number 16*, AHCPR Publication No. 95-0663: May 1995, <http://www.strokecenter.org/trials/scales/scales-overview.aspx>
- 25 Cote R, Hachinski VC, Shurvell BL, Norris JW, Wolfson C, *The Canadian Neurological Scale: a preliminary study in acute stroke*. *Stroke*. 1986 Jul-Aug; 17(4):731-7.
- 26 Kuroda A, Kanda T, Asai N., *Health-related quality of life assessed by EuroQol in caregivers of home care stroke patients*. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*. 2003 Jul; 40(4):381-9.
- 27 Dorman P, Dennis M, Sandercock P, *Are the modified "simple questions" a valid and reliable measure of health related quality of life after stroke? United Kingdom Collaborators in the International Stroke Trial*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000 Oct;69(4):487-93.
- 28 Chris S. Weaver, Jo Leonardi-Bee, Fiona J. Bath-Hextall, Philip M.W., *Sample Size Calculation in Acute Stroke Trial: A Systematic Review of Their Reporting, Characteristics, and Relationship With Outcome*, *Stroke*. 2004;35:1216-24.

## ภาคผนวก

๑. ตารางระเบียบปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอัมพาต (WP-STC-01) ร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ
๒. แบบประเมินความรุนแรงของอัมพาต **Scandinavian Stroke Scale, (SSS)**
๓. แบบประเมินคุณภาพชีวิต **Modified-EuroQOL,(QOL)**
๔. แนวทางการประเมินผู้ป่วยอัมพาตเพื่อเลือกจุดฝังเข็มให้เหมาะกับสภาพปัญหาผู้ป่วย

### ระเบียบการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยอัมพาต

#### Work Procedure Stroke Care

#### WP-STC-01

กระบวนการ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	บันทึกเอกสาร	ตัวชี้วัด
ลงทะเบียน	-ลงทะเบียน -บันทึกตอนที่ 1 -ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย	-บุคลากร -เจ้าพนักงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู -เจ้าพนักงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	-สมุดลงทะเบียน -FR-STC-01(1) -แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	คะแนนคุณภาพชีวิตQOL
พบแพทย์ <input type="checkbox"/>	-ตรวจวินิจฉัยและประเมินความรุนแรง -ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษา	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยหรือญาติ	-FR-STC-01(2,3,4)  -FR-STC-01(6) <b>(Reh, Reh+Acp)</b>	คะแนนอัมพาต SSS
ดูแลรักษา <input type="checkbox"/>	-กิจกรรมบำบัด  <input type="checkbox"/> -กายภาพบำบัด  <input type="checkbox"/> กายอุปกรณ์  -ฝังเข็ม	-นักกิจกรรมบำบัด(ประเมิน) (ให้การบำบัด) (ลงรหัสผู้บำบัด)  -นักกายภาพบำบัด(ประเมิน) (ให้การบำบัด) (ลงรหัสผู้บำบัด)  -ช่างกายอุปกรณ์ (ประเมิน) (ให้การบำบัด) (ลงรหัสช่าง)  แพทย์ฝังเข็ม	-FR-STC-01(5-OT) -FR-STC-01(6-OT) -FR-STC-01(7-PT)  -FR-STC-01(5- PT) -FR-STC-01(6- PT) -FR-STC-01(7- PO) -FR-STC-01(5- PO) -FR-STC-01(6- PO) -FR-STC-01(7- PO) -FR-STC-01(6-Acp)	
สรุปการรักษา <input type="checkbox"/>	-ประเมินผู้ป่วยซ้ำเมื่อครบชุดการรักษา  -ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย	-นักกิจกรรมบำบัด -นักกายภาพบำบัด -ช่างกายอุปกรณ์ -แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู -เจ้าพนักงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	-FR-STC-01(5-OT) -FR-STC-01(5-PT) -FR-STC-01(5-PO) -FR-STC-01(2,3,4) -แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	-% ดีขึ้นกว่าเดิม(100n/21) n = จำนวนข้อที่ดีขึ้น  -% คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
การจำหน่าย	-เมื่อครบชุดการรักษา	-แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	-FR-STC-01	% ความสำเร็จตามสมรรถนะของข้อมูล

**๒. แบบประเมินความรุนแรงของอัมพาต Scandinavian Stroke Scale, (SSS)**  
**เป็นส่วนหนึ่งของแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอัมพาต FR-ST-01 (3 หน้า)**

**แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอัมพาต**

**FRSTC-01**

ชื่อ .....HN.....

**1**

วันเกิด.....อายุ.....ปี

อาชีพ : 1 อยู่กับบ้าน 2 ทำงานบ้าน 3 เกษตรกร (ทำสวน ไร่ นา) 4 ค้าขาย 5 ตัวแทน นายหน้า  
 6 ลูกจ้างในสำนักงาน 7 ผู้บริหาร 8 วิชาชีพเฉพาะ (.....)9 อื่นๆ.....

รายได้ตนเอง .....บาทต่อเดือน รายได้ครอบครัว.....บาทต่อเดือน

ใช้สิทธิ์จ่ายค่าบริการจาก (รหัส.....)

พักอาศัยกับใคร: 1 ครอบครัว 2 เพื่อน 3 อยู่คนเดียว 4.ไม่สามารถระบุ

Vital sign : BP.....torr. H.R...../min (Regular/Irregular)

SaO2.....% R.R ...../min

**2**

Scandinavian Neurological Stroke Scale Score (SSS) Score of Rt.side Lt.side

		Rt.side	Lt.side
Consciousness	Fully conscious	6	6
	Somnolent, can be awaked to full consciousness	4	4
	Reacts to verbal command, but is not fully conscious	2	2
Orientation	Correct for time, place, and person	6	6
	Two of these	4	4
	One of these	2	2
	Completely disorientated	0	0
Eye Movement	No gaze palsy	4	4
	Gaze palsy present	2	2
	Conjugate eye deviation	0	0
Facial palsy	None / Dubious	2	2
	Present	0	0
Speech	No aphasia	10	10
	Limit vocabulary or incoherent speech	6	6
	More than yes/no, but no longer speaks sentences	3	3
	Only yes/no or less	0	0

3

		Rt.side	Lt.side
Arm, motor power*	Raises arm with normal strength (gr5)	6	6
	Raises arm with reduced strength (gr4)	5	5
	Raises arm with flexion in elbow (gr3)	4	4
	Can move but not against gravity (gr2)	2	2
	Paralysis	0	0
Hand, motor power*	Normal strength	6	6
	Reduced strength in full range	4	4
	Some movement, fingertip do not reach palm	2	2
	Paralysis	0	0
Leg, motor power*	Normal strength (gr5)	6	6
	Raises straight leg with reduced strength (gr4)	5	5
	Raises leg with flexion of knee(gr3)	4	4
	Can move but not against gravity (gr2)	2	2
	Paralysis	0	0
Gait	Walk 5 m without aids	12	12
	Walk with aids	9	9
	Walk with help of another person	6	6
	Sit without support	3	3
	Bed ridden / Wheelchair	0	0
Maximum score58	Sum Score_____		

Severity :0\_\_\_\_\_15\_\_\_\_\_30\_\_\_\_\_45\_\_\_\_\_58  
 (Very severe) (severe) (moderate) (mild)

4

Cause of stroke :

1.Cerebrovascular disease (CVD/CVA) Pathology : 1 Thrombotic , 2Hemorrhagic, 3 Embolic

Regional involvement : 1 MCA,2 ACA,3 PCA (main branch ,small branch ,lacuna )

2.Traumatic Brain Injury (TBI) Path physiology : Post traumatic amnesia (10 yes / 20 no)

3.AVM/Aneurysm(310) Brain Tumor (320) Brain Abscess(330) Others(390)

Underlying diseases/conditions&Risk factors(years) modificagleRF, Partially modifiable

1 HT\_( ) 2 HD/AF ( ) 3 Prior stroke /TIA ( ) 4 DM ( )

5 Carotid stenosis ( ) 6 Dyslipidemia ( ) 7 smoker ( ) 8 ex-smoker( )

Exercise : 1 no exercise 2 Occasional 3 Regular

Sleep Apnea

Blood Group : 1 A 2 B 3 AB 4 O

Religion : 1 Buddhism 2 Islam 3 Chirstian 4 Hindu

5

Functional Evaluation

Functional Status	Helped (%)	OT						PT				PO	
		Perception			ADL			Bed Activity		Ambulation		Grip	Foot drop
		Body Image	Visual	Apraxia	Bed Mobility	Eating	Dress	Lying to Sitting	Sitting to Standing	With Gait aid	Without Gait aid		
1. Total dependence	100	Part	Contact Follow	Promote motor	No Action	-OM Funct	No Move	Can't sit	Can't std			Useless Hand	Gr0
2. Partial dependence	>50	Relation	Fig.grd Form	Auto	Pusg Sh & hip	AbnOral reflex	Sit w Spurt	H&N support	Lump & Leg Sp	Swing Leg Sp		Flex Wrist	Gr1-2
3. Partial independence	<50	R&L	E&H coominat	Model	Super Vision	1-hand Technq	Super vision	Hip support	Knee Support	Balance Support		Extend Wrist	Gr3-4
4. Total independence	0	space	Position Spatial	Function	Self BM	Self eat	Self Dress	Self sitting	Self standing	Self Standing	Self Walk	>4 kg	GR5

Pre-morbid Function       Entered Program       Discharged Program  
 Onset date..... (Date .....)  
 (Post onset .....days)      (Post onset .....days)  
 Program duration.....days

Treatment program/Intervention:

Medical :  
 Surgical(Craniotomy,Craniectomy,AVM clipping,romoved clot)  
 Rehabilitation & Acupuncture program

6

เลือกการรักษา 1,2 หรือ 3	(3) การผสมผสานการฟื้นฟูแบบแพทย์แผนปัจจุบัน และการฝังเข็ม											
	(1) การฟื้นฟูแบบแพทย์แผนปัจจุบัน										(2)การฝังเข็ม	
	OT			PT			PO	Acupuncture				
Perception			ADL			Bed Activity			Ambulation			
Patient Class	B1	V	Apx	Bed Mobility	Eat	Dress	Lying to Sitting	Sitting to Standing	With Gait Aid	W/O Gait Aid		
1.Sleep-sit	B11	V1	Apx1	Bm1	E1	D1	LS1				WHO	Acp1
2.Sit-stand	B12	V2	Apx2	Bm2	E2	D2	LS2	SS1			WHO	Acp2
3.Stand-Walk With Assist	B13	V3	Apx3	Bm3	E3	D3	LS3	SS2	GA1		WHO	Acp3
4.walk (no assist)	B14	V4	Apx4-	Bm4	E4	D4	LS4	SS3	GA2	Wol	WHO	Acp4

หมายเหตุ ผู้ป่วยเลือกรักษาแบบ (1) หรือ (3)=(1)+(2) (บันทึกการบำบัดการรักษา แต่ละครั้ง)

Date	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	
										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
Day																															
OT																															
PT																															
PO																															

ลงชื่อ OT..... PT.....PO.....  
 แพทย์ฝังเข็ม.....



๓. แบบประเมินคุณภาพชีวิต Modified-EuroQOL,(QOL) 2 หน้า
แบบสอบถาม คุณภาพชีวิต (ปรับปรุงจาก EuroQol Questionnaire)

สภาวะสุขภาพของคุณ.....HN.....ในวันนี้

โปรดเลือกตัวเลข 1 หรือ 2 หรือ 3 ที่บรรยายถึงสภาวะสุขภาพของท่านได้ใกล้เคียงที่สุด
กรุณาอย่าเลือกเกินกว่า 1 ตัวเลือก ในแต่ละหัวข้อ HN [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

การเคลื่อนไหวและการเดินของข้าพเจ้า [ ]

- 1.ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเดิน
2.มีปัญหาบ้างเกี่ยวกับการเดิน
3.ต้องใช้ชีวิตอยู่บนเตียง

การดูแลตนเองของข้าพเจ้า [ ]

- 1.ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
2.มีปัญหาบ้างเกี่ยวกับการอาบน้ำและแต่งตัวด้วยตนเอง
3.ไม่สามารถอาบน้ำและแต่งตัวด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำของข้าพเจ้า [ ]

(เช่น ทำงาน เรียน งานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว สันทนาการ)

- 1.ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
2.มีปัญหาบ้างเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
3.ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ

อาการปวด หรือ ความรู้สึกไม่สบายของข้าพเจ้า [ ]

- 1.ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการปวด หรือความรู้สึกไม่สบาย
2.มีปัญหาปวด หรือรู้สึกไม่สบาย ระดับปานกลาง กินยา/ประคบร้อนก็ดีขึ้น
3.มีปัญหาปวด หรือ รู้สึกไม่สบาย ระดับรุนแรง กินยา/ประคบร้อนไม่ได้ขึ้น

ความวิตกกังวล หรือ รู้สึกซึมเศร้าของข้าพเจ้า [ ]

- 1.ไม่มีปัญหาด้านความวิตกกังวลหรือรู้สึกเศร้า
2.มีปัญหาด้านความวิตกกังวล หรือรู้สึกซึมเศร้า ระดับปานกลาง พอทำอะไรได้บ้าง
3.มีปัญหาด้านความวิตกกังวล หรือ รู้สึกซึมเศร้า ระดับรุนแรง ทำอะไรไม่ได้

### สภาวะสุขภาพของคุณในวันนี้

หากคุณนึกถึงสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด **ฟิต** ที่สุด.....คุณให้คะแนน 100  
 และนึกถึงสภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด.....คุณให้คะแนน 0

**วันนี้**  
 สภาวะสุขภาพ  
 ของคุณ  
 อยู่ในระดับใด  
 กรุณาขีดระดับใด ⊗



ข้อเสนอแนะ.....  
 .....  
 .....

๔. แนวทางการประเมินผู้ป่วยอัมพาตเพื่อเลือกจุดฝังเข็มให้เหมาะกับสภาพปัญหาผู้ป่วย

คู่มือปฏิบัติการฝังเข็มผู้ป่วยอัมพาต โดยแพทย์ฝังเข็ม (เจิ้ง จื่อ เจิ้ง . พ.ย. 2541)

(Work Instruction of Acupuncture for the Stroke Patients)

WI-STC-Acp-01

Patient Class	Physical Ability	TCM Goal	Acupuncture
1	Lying - Sitting	<b>เสริมบำรุงพลัง</b> - ถ้ามามาก ... เส้นเส้าหยาง - ถ้าอาการช่วงบนมาก - ถ้าอาการธาตุไฟมาก(หน้าแดง) อาการนี้เสีย กลืนปากแรง)ใช้ ซินเปาจิง หรือ ซินจิง - อ้วน เสมหะมาก	Acp-1:Hegu (LI4),Zusanli(St36) - Yangliguen(GB34),Taichong(Liv3) - Fengchi(GB20) - Daling( PC7), Senmen(H7)  - Fenglong(St40)
2	Sit-stand	<b>เสริมกระดูก(ไต)</b> จุดร่วมของกระดูก	Acp2:Senshu(BL23),Taixi(K3) Dashu(BL11)
3	Stand-Walk With Assist	<b>เสริมเอ็น (ตับ ฤๅหน้าดี)</b>	Acp3:Yanglingquen(GB34), Taichong(liv3)
4	Walk (no assist)	<b>รักษาตามอาการ</b> - อ่อนแรง (Weakness) ช่วงบนหยางหมิง ช่วงล่างเส้าหยาง - พูดไม้ขัด สำลัก - อาการทางประสาท อาการ สมองเสื่อม (จุดร่วมไขกระดูก สมอง) - นอนไม่หลับ	Acp4: - Binao(LI14) - Huantiao(GB30)  - Lianchuan(Ren23) - Baihui(Du20),Sisenchong(Ext) Daling(PC7), Neiguan(PC6) - Xuenzhong(GB39) - Senmen(H7)