



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางจุฑาทิพย์ น่วมขัติ	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเสลภูมิ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้


ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะหักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางจุฑาทิพย์ น่วมัตติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเสลภูมิ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ	๒๔๓๙๓๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเสลภูมิ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๓๙๓๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “การรักษาผู้ป่วยปวดหลังจากหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้น ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด : กรณีศึกษา” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางการป้องกันอาการปวดหลังจากหมอนรองกระดูกสันหลัง ระดับเอวยื่นหรือปลิ้น ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”
				 (นายนรากร สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การรักษาผู้ป่วยปวดหลังจากหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้นด้วยวิธีการทาง

กายภาพบำบัด : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๕ - พฤศจิกายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และกลไกการเกิด
พยาธิสภาพ การพยากรณ์ การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิดโรคหมอนรองกระดูกยื่นหรือปลิ้น

๓.๒ การเปลี่ยนแปลง และการฟื้นตัวโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น เมื่อได้รับบาดเจ็บหรือมีรอย
โรคเกิดขึ้น

๓.๓ หลักการสำคัญของการรักษาผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น คือ
เพื่อลดอาการปวดของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

๓.๔ หลักการประเมินปัญหา และหลักการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลัง
ยื่นหรือปลิ้น

๓.๕ แนวคิดเกี่ยวกับการเผยแพร่ความรู้การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สาระสำคัญ

จากข้อมูลการให้บริการงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลเสลภูมิ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยปัญหาการปวดหลัง
เป็นอันดับ ๑ สาเหตุของการปวดหลังจากหมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นหรือยื่น เป็นสาเหตุอันดับ ๒ รองจาก
กล้ามเนื้อ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากข้อมูลจำนวน
ผู้ป่วยโรค Herniated nucleus pulposus (HNP) ย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า ปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ป่วย HNP

๔๘ คน ปี ๒๕๖๔ มีจำนวน ๖๒ คน และปี ๒๕๖๕ มีจำนวน ๘๘ คน จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรค Herniated
nucleus pulposus (HNP) มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ถึงแม้ว่าภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้น
(Herniated nucleus pulposus) นี้ จะไม่ได้มีความร้ายแรงถึงชีวิต แต่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง
จากอาการปวดขณะทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ทั้งยังมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยอีกด้วย

หมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอว (intervertebral disc) เป็น fibrocartilage ที่อยู่ระหว่างส่วนหน้าของ
กระดูกสันหลัง (vertebrae) ประกอบด้วยส่วนสำคัญ ๒ ส่วนคือ annulus fibrosus และ nucleus pulposus
หน้าที่ของหมอนรองกระดูกสันหลัง คือช่วยป้องกันและลดแรงกระแทก (shock-absorber) ที่กระทำกับ
กระดูกสันหลัง และเสริมสร้างความแข็งแรง รวมถึงช่วยให้กระดูกสันหลังเคลื่อนไหวได้มากขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการ
ปวดหลังจากหมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นหรือยื่นนี้ มักจะมีอาการปวดที่รุนแรง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน
ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานประกอบอาชีพ การตรวจประเมิน การรักษาใน
ระยะแรก (low irritability) มีความสำคัญในการลดอาการปวดและปัญหาต่างๆ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
การออกกำลังกายเพื่อการรักษา โดย Mc kenzie Extension exercise ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความ
แข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องในท่า pelvic tilt (หลีกเลี่ยงท่า sit up เพราะจะไปเพิ่มแรงกระทำต่อ discs)
ให้ผลในการรักษาดีดีมาก โดยเฉพาะ HNP ชนิด Intraspongi unclear herniation และชนิด protusion ที่ยัง
ไม่มีการฉีกขาดของ annulus fibrosus

การรักษาทางกายภาพบำบัด และการให้ความรู้การออกกำลังกายเพื่อการรักษา จึงมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วย
ลดอาการปวดที่รุนแรง ผู้จัดทำปฏิบัติงานในหน้าที่นักกายภาพบำบัด ได้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญในการรักษา
ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง จึงได้ศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังจาก
หมอนรองกระดูกระดับเอวยื่นหรือปลิ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยปวดหลังจากหมอนรองกระดูกระดับเอวยื่นหรือปลิ้นด้วยวิธีการ
ทางกายภาพบำบัด : กรณีศึกษา

วิธีการดำเนินงาน ได้มีการศึกษา กรณีศึกษา (case study) ในผู้ป่วยหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น HNP โดยวิเคราะห์ปัญหา ทำการตรวจประเมิน ให้การรักษา สรุปผลการรักษา เขียนรายงาน และเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการดำเนินการ : การรักษาผู้ป่วยปวดหลังจากหมอนรองกระดูกยื่นหรือปลิ้นด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด มีขั้นตอนดังนี้

- อาการสำคัญ
- การซักประวัติ
- การตรวจร่างกาย
- การวิเคราะห์ปัญหา
- การวางแผนการรักษา
- ความก้าวหน้าในการรักษา
- สรุปผลการรักษา

โดยได้มีการศึกษากรณีศึกษา (case study) ในผู้ป่วยหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้น (HNP) ดังนี้

ประวัติปัจจุบัน ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ ๔๕ ปี อาชีพค้าขาย ที่อยู่ ตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ๑ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลังทันที หลังจากยกถังสินค้า ๕ ลัง กลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้

แพทย์โรงพยาบาลเสลภูมิ วินิจฉัยว่า Lumbar herniation nucleus pulposus

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ ๔๕ ปี สูง ๑๖๘ เซนติเมตร น้ำหนัก ๖๕ กิโลกรัม

ที่อยู่ ตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

อาชีพ ค้าขาย

อาการสำคัญ (Chief complaint) ปวดหลังร้าวลงสะโพกซ้าย ขาซ้าย เป็นมา ๑ เดือน

การวินิจฉัยโรค (Medical diagnosis) Lumbar herniation nucleus pulposus (HNP)

ข้อห้าม(Caution) / ข้อควรระวัง (Precaution) ยกของหนัก

Subjective examination

ประวัติปัจจุบัน

ตุลาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังร้าวลงสะโพกซ้าย หลังจากยกถังสินค้า จำนวน ๕ ลัง ไอ่จามแล้วมีอาการปวดแปลบที่หลังทันที ผู้ป่วยซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง อาการดีขึ้น

๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ มีอาการปวดหลังมากขึ้น จึงมาพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลเสลภูมิ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Lumbar herniation nucleus pulposus รักษาโดยการทานยา และส่งปรึกษากายภาพบำบัด และเป็นวันแรกรับผู้ป่วยของนักกายภาพบำบัด

ประวัติอดีต

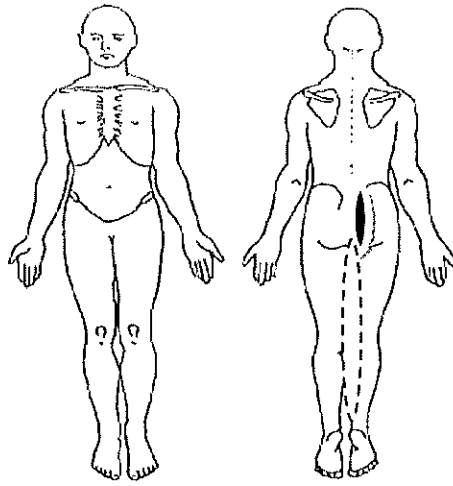
a. ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว

b. ปฏิเสธการแพ้ยา

c. สูบบุหรี่ ๔ - ๕ มวน / วัน

d. ผู้ป่วยประกอบอาชีพค้าขาย และยกของหนักเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดอาการ

ปวดหลัง



ภาพโครงร่าง (Body chart) : แสดงตำแหน่งที่มีอาการปวด

- = ปวดลึก ตลอดเวลา
- = ปวดตึงตลอดเวลา

โดย ● และ ○ มีความสัมพันธ์กันโดยเมื่อมีอาการปวด ● ทำให้เกิด ○ ตามมา

Behaviour of symptoms

- Aggravating factors
 - ยืนหรือเดินเป็นเวลา ประมาณไม่เกิน ๕ นาที จะมีอาการปวดบริเวณเอว สะโพกซ้าย และขาซ้ายเพิ่มมากขึ้น
- Easing factors
 - นอนตะแคงทับด้านขวาใช้เวลาประมาณ ๑๐ นาที ถึงจะหายปวด
- Irritability level
 - High (Pain scale: ๘ / ๑๐)
- ๒๔ Hour pattern
 - กลางคืน (Night) อาการปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยนอนตะแคงทับด้านซ้ายเป็นเวลาประมาณ ๒๐ นาที จะทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
 - ตื่นตอนเช้า (Morning) อาการปกติ
 - อาการตลอดทั้งวัน (Through day) ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ทำ ถ้าก้มๆเงยๆ มากเกินไปจะทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น (Pain scale ๘ / ๑๐)
- Functional limitation
 - การยกของหนัก และกิจกรรมที่ต้องก้ม ๆ เงยๆ (Pain scale ๘ / ๑๐)

Special question

- X – ray : L – spine พบว่า intervertebral disc ระดับ L๔ - L๕ ด้านซ้ายแคบกว่าด้านขวา
- Drug : ยาแก้ปวด analgesic, ยากลุ่ม NSAIDs, ยาคลายกล้ามเนื้อ muscle relaxant, วิตามินบี
- Weigh loss : ปฏิเสธ
- Laboratory data : ไม่มี
- Cauda equina sign : ไม่มี
- spinal cord sign : ไม่มี
- ADL level : Fair ADL (ไม่สามารถเดินระยะทางไกลได้ ก้มด้วยของไม่ได้)

การตรวจร่างกาย (Physical examination)

๑. Objective examination

- ผู้ป่วยมีรูปร่างสมส่วน (sthenic body built)
- ขณะยืนผู้ป่วยมีการเอียงตัว (Lateral list) ไปทางด้านขวา ไม่สามารถอยู่ในท่าตรงโดยไม่มีอาการปวดได้
- Kyphosis curve of thoracic spine โดยผู้ป่วยจะยื่นก้มตัวมาทางด้านหน้าเล็กน้อย
- Hypolordotic curve of lumbar spine

๒. Palpation

พบว่ามีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ Paravertebral ทั้ง ๒ ข้าง ที่ระดับกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ ๓ ถึงระดับกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ ๕

๓. Active movement

- ก้มตัว มือแตะได้ถึงบริเวณเข่า มีอาการปวดเพิ่มขึ้นที่บริเวณเอวด้านซ้าย และร้าวลงสะโพกซ้าย
- แอนหลัง มือแตะได้ถึงบริเวณเหนือข้อพับเข่า มีอาการปวดที่เอวด้านซ้ายเพิ่มขึ้น
- เอียงตัวไปทางด้านซ้าย มือแตะได้ถึงบริเวณเหนือเข่า มีอาการปวดเพิ่มขึ้นที่บริเวณเอวด้านซ้ายและร้าวลงขาสะโพกซ้ายเพิ่มขึ้น
- เอียงตัวไปทางด้านขวา มือแตะได้ถึงบริเวณเข่า และมีอาการปวดตึงที่เอวด้านซ้ายเล็กน้อย

๔. Passive accessory Intervertebral movement (PAIVMs)

- Central P - A technique Grade ๓ ลงบน L๔ - L๕ พบว่า มีอาการปวดเอว และร้าวลงสะโพกซ้ายเพิ่มขึ้น
- Unilateral technique Grade ๓ ลงบน L๔ - L๕ ด้านซ้าย พบว่า มีอาการปวดมากขึ้นบริเวณที่เกิด
- ระดับอื่น ๆ ไม่มีอาการผิดปกติ

๕. การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ โดยตรวจตาม Myotome

Myotome	ชื่อกล้ามเนื้อ	Left	Right
L๑ - ๒	Hip flexor	๕	๕
L๓	Knee extensor	๕	๕
L๔	Ankle dorsiflexor	๔	๕
L๕	Big toe extensor	๔	๕
S๑	Ankle plantar flexor	๔	๕

๖. Special Test

Test	Result	Symptom
Straight leg raising test (SLR) - Lt.leg - Rt.leg	Positive ๔๐ องศา Negative ๘๐ องศา	มีอาการปวดที่เอวร้าวมาสะโพกร้าวลงขาซ้าย มีอาการตึง ไม่มีอาการปวดและขา
Bowstring test - Lt.leg - Rt.leg	Negative Negative	ผู้ป่วยรู้สึกตึงไม่มีอาการปวด ผู้ป่วยรู้สึกตึงไม่มีอาการปวด
Prone knee bending	Negative	ไม่มีอาการปวดร้าวเพิ่มขึ้น
Babinski test	Negative	

๗. การตรวจการรับความรู้สึกที่ผิวหนัง

Sensory	Dermatome	Rt.	Lt.
Light touch	L๒	Intact	Intact
	L๓	Intact	Intact
	L๔	Intact	Intact
	L๕	Intact	Intact
	S๑	Intact	Intact
Pin prick	L๒	Intact	Intact
	L๓	Intact	Intact
	L๔	Intact	Intact
	L๕	Intact	Intact
	S๑	Intact	Intact

ผลการตรวจ: - ปกติทั้ง ๒ ข้าง

๘. การตรวจ Reflex

ผลการตรวจ - การตรวจได้ผลปกติทั้งที่ข้อเข่า และข้อเท้า

๙. การตรวจประเมินส่วนอื่น

ผลการตรวจ - ผู้ป่วยไม่พบอาการปวดที่ข้อสะโพกและข้อ Sacroiliac

๑๐. การตรวจระดับความเจ็บปวด โดยใช้ Visual analog scale

ผลการตรวจ - ระดับของ Pain scale ประมาณ ๘

(แบ่งออกเป็น ๑๐ ระดับ ตั้งแต่ ๐ - ๑๐ โดย ๐ = ไม่เจ็บปวด จนถึง ๑๐ = ปวดมากที่สุด)

Problem List

๑. Pain of Lt. Lumbar and refer pain to Lt. Leg
๒. Muscle spasm of paravertebral muscle L๓ - L๕
๓. Limit ROM of Trunk in all direction
๔. Nerve root compassion
๕. Poor posture
๖. Fair ADL

Goal of treatment

Short term goal

๑. Relief pain at lumbar
๒. Decrease muscles spasm of paravertebral muscle
๓. Decrease Nerve root compassion

Long term goal

๑. Full ROM of trunk all direction
๒. Normal Posture
๓. Normal ADL

Plan of treatment

๑. Relief pain at lumbar by hot pack, US, and traction
๒. Decrease muscles spasm of paravertebral muscle by US, hot pack, and traction
๓. Decrease Nerve root compassion by Mobilization, and traction
๔. Increase ROM of trunk by Mobilization, Mckenzie exercise
๕. Education and home program

Treatment

๑. Hot pack at Lower back ๒๐ min ๑ set / day
๒. US at Lt. Paravertebral muscle of L๓ - L๕ by continuous mode intensity ๑.๑ w/cm^๒ ๗ min/set ๑ set/day
๓. Mobilization techniques by unilateral technique Grade ๓ - ๔ and PA technique Grade ๓ - ๔ at L๓ - L๕
๔. Pelvic traction by intermittent max level ๓๐ kg/min level ๑๕ kg hold time ๒๐ sec/rest time ๑๐ sec ๒๐ min/set ๑ set/day
๕. Mckenzie exercise by Lying prone in extension and Extension in lying (the press-up) hold time ๓ sec/times ๑๐ times/set ๓ - ๕ set/day

๖. Education เน้นให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการออกกำลังกายเพื่อการรักษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปลอดภัย แนะนำท่าทางที่เหมาะสมในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาที่อาจทำให้กลับมาเป็นซ้ำได้อีก เช่น การก้มตัว การยกของจากพื้น การเดิน การตั้ง การหมุนตัว และการบิดตัว เป็นต้น แนะนำและอธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น และอาจแนะนำการใช้เครื่องช่วยพยุงหลังร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการรักษา

การติดตามและประเมินผล

นัดทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเสลภูมิ เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ โดยนัดทำกายภาพบำบัดวันเว้นวัน เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๔.๓๐ น

Progression Note: วันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

S : หลังจากได้รับการรักษาในวันแรก (๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก สามารถยืน เดินได้นานขึ้น ประมาณ ๒๐ นาที (Pain scale = ๗/๑๐)

O : ขณะที่ให้ผู้ป่วยยืน พบว่า มีอาการเอียงตัวไปข้างขวาเพียงเล็กน้อย Straight leg raising test ของขาซ้ายมีจุดจำกัดที่ ๖๐ องศา มีอาการปวดหลังร้าวลงขาซ้าย ขาขวาปกติ และพบว่า อาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ Paravertebral L๓ - L๕ ทั้ง ๒ ข้างลดลงเล็กน้อย

A : ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาในวันแรก เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงจากวันแรก ดังนั้น การรักษาในวันแรกน่าจะมีความเหมาะสมแล้ว น่าจะสามารถให้การรักษาด้วยเทคนิคที่แรงขึ้นได้และเพิ่มการดึงเอาด้วยเครื่อง (Pelvic traction) และเพิ่มท่าออกกำลังกายแบบ Mckenzie exercis

P : การรักษาครั้งที่ ๓ - ๕ (วันที่ ๑๔ - ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

๑. ให้การรักษาด้วยเครื่อง คลื่นเสียงความร้อน Ultrasound diathermy และประคบร้อนด้วย Hot pack ตามโปรแกรมเดิม

๒. ให้การรักษาด้วยเทคนิคการเคลื่อนไหวข้อต่อกระดูกสันหลัง (Mobilization techniques) การขยับข้อต่อหลัง (Mobilization technique) โดย

- Unilateral technique Grade ๓ ที่ L๓ - L๔, L๔ - L๕, L๕ - S๑
- P - A technique Grade ๒ ที่ L๓, L๔, L๕ ชุดละ ๓๐ วินาที ๒ - ๓ ชุดต่อ ๑ การรักษา

๓. ดึงเอาด้วยเครื่อง Pelvic traction แบบ Intermittent (max level ที่ ๓๐ กิโลกรัม /min level ที่ ๑๕ กิโลกรัม) (hold time ๒๐ วินาที/rest time ๑๐ วินาที) ระยะเวลาดึง ๒๐ นาที ใช้ step ในการดึง

๔. เพิ่มการออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยค่อย ๆ ออกกำลังในท่า Extension in lying โดยใช้ฝ่ามือยันพื้นตัวขึ้น โดยใช้แรงจากแขนโดยไม่ให้เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อหลัง และไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ถ้ารู้สึกมีอาการปวดให้ลดตัวต่ำลงเล็กน้อย ค้างไว้ ๔ - ๕ วินาที แล้วกลับมาอยู่ในท่านอนคว่ำ ทำซ้ำ ๑๐ ครั้ง ซึ่งการทำเช่นนี้ จะช่วยให้ Nucleus pulposus เคลื่อนเข้าสู่ศูนย์กลางของหมอนรองกระดูกได้ดีขึ้น

๕. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ในการอยู่ในท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น แนะนำการออกกำลังกาย ประคบร้อน และให้นอนพักในท่าที่ไม่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น

Progression note: (๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

S : ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก สามารถนั่งได้นานขึ้น ประมาณ ๑ ชม. โดยมีอาการปวดเพียงเล็กน้อย สามารถเดินได้ไกลเป็นระยะทางประมาณ ๑๐๐ เมตร โดยมีอาการปวดเล็กน้อยเป็นบางครั้ง และเมื่อหยุดเดินอาการปวดก็หายไป (Pain scale = ๔/๑๐)

O : พบว่าอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ Paravertebral L๓ - L๕ ทั้ง ๒ ข้างลดลง Straight leg raising test ของขาซ้าย มีจุดจำกัดที่ ๘๐ องศา มีอาการตึงขาข้างซ้ายเล็กน้อย และขาขวาปกติ อาการตัวเอียงหายไป

A : ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้ดี สามารถปฏิบัติตามที่แนะนำได้ถูกต้องไม่กลับมามีอาการเพิ่ม ดังนั้นจึงควรให้การรักษาในโปรแกรมเดิม และเพิ่มท่าออกกำลังกายแบบ Mckenzie exercis นอกจากนั้นแล้ว ให้เพิ่มการรักษาด้วยเทคนิคการเคลื่อนไหวข้อต่อกระดูกสันหลัง (Mobilization techniques) เกรด III - IV

P : การรักษาครั้งที่ ๖ - ๘ (วันที่ ๒๐ - ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

๑. ให้การรักษาด้วยเครื่อง คลื่นเสียงความร้อนลึก Ultrasound diathermy และประคบร้อนด้วย Hot pack ตามโปรแกรมเดิม

๒. ให้การรักษาด้วยเทคนิคการเคลื่อนไหวข้อต่อกระดูกสันหลัง (Mobilization techniques) ในเกรด III - IV ระหว่างกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ ๔ และ ๕ โดยเลือกใช้เทคนิค

- Unilateral technique Grade ๓ ที่ L๓ - L๔, L๔ - L๕, L๕ - S๑

- P-A technique Grade ๓ ที่ L๓, L๔, L๕ ชุดละ ๓๐ วินาที ๒ - ๓ ชุดต่อ ๑ การรักษา

๓. ดึงเอาด้วยเครื่อง Pelvic traction แบบ Intermittent (max level ที่ ๓๐ กิโลกรัม /min level ที่ ๑๕ กิโลกรัม) (hold time ๒๐ วินาที/rest time ๑๐ วินาที) ระยะเวลาดึง ๒๐ นาที ใช้ step ในการดึง

๔. เพิ่มการออกกำลังกายโดยผู้ป่วยค่อย ๆ ออกกำลังในท่า Extension in lying โดยใช้ฝ่ามือยันพื้นตัวขึ้นโดยใช้แรงจากแขนโดยไม่ให้เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อหลังและไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ถ้ารู้สึกมีอาการปวดให้ลดตัวต่ำลงเล็กน้อย ค้างไว้ ๔ - ๕ วินาที แล้วกลับมาอยู่ในท่านอนคว่ำ ทำซ้ำ ๑๕ ครั้ง ซึ่งการทำเช่นนี้ จะช่วยให้ Nucleus pulposus เคลื่อนเข้าสู่ศูนย์กลางของหมอนรองกระดูกได้ดีขึ้น

๕. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ในการอยู่ในท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น แนะนำการออกกำลังกาย ประคบร้อน และให้นอนพักในท่าที่ไม่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น

Progression Note: การรักษา ครั้งที่ ๘ (วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

S : ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก สามารถนั่งได้โดยไม่มีอาการปวด สามารถเดินได้ไกล มากกว่า ๕๐๐ เมตร โดยมีอาการปวดเล็กน้อยเป็นบางครั้ง และเมื่อหยุดเดินอาการปวดก็หายไป (Pain scale = ๑ /๑๐)

O : ไม่พบอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ Paravertebral L๓ - L๕ ทั้ง ๒ ข้าง Straight leg raising test ของขาซ้ายและขาขวาปกติ อาการตัวเอียงหายไป

A : สำหรับผู้ป่วยรายนี้ นักกายภาพบำบัดได้จำหน่ายการรักษาทางกายภาพบำบัด เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕ เนื่องด้วยอาการดีขึ้น ไม่มีอาการปวดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอว ปวดร้าวลงขาซ้ายหายเป็นปกติ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันจำเป็นที่จะต้องสามารถดูแลและปฏิบัติตนเองให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้น นักกายภาพบำบัดจึงควรทบทวนโปรแกรมการ

ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และหน้าท้องเพิ่มเติมด้วย ตลอดจนการให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยต่อไปด้วย เช่น

๑. แนะนำการใส่ L - S support ขณะทำงานหรือเมื่อต้องนั่งนาน ๆ

๒. แนะนำการทรงท่าของร่างกายที่ดี เช่น หลังตรงไม่แอ่นหลังหรือท่าหลังค่อม

๓. แนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้นซ้ำ เช่น การยกของหนักแล้วบิดลำตัว

๔. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาตนเองเบื้องต้น เมื่อมีอาการปวดหลัง โดยการใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบหลังหากมีอาการปวด

๕. แนะนำทำทางต่าง ๆ ในการยกของหนัก หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น ควรย่อเข่าแล้วค่อยยกของขึ้นจากพื้นพร้อมทั้งประวิงหลังให้ตั้งตรงอยู่เสมอ แทนการก้มหรือนำน้ำหนักตัวลงยกของขึ้นจากพื้นทันที เป็นต้น

เป้าหมาย จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น ที่มารับบริการที่หน่วยบริการ งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเสลภูมิ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ ได้ดำเนินการศึกษาและให้การรักษาทางกายภาพบำบัดถูกต้องเหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น จนอาการดีขึ้น และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

จำนวน ๑ ราย

เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น ได้รับการตรวจประเมินและรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดจนอาการปวดลดลงและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ประโยชน์ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น ที่มารับบริการที่หน่วยบริการ งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเสลภูมิ

ผลกระทบ ไม่มี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยจำกัดในการออกกำลังกายที่ต้องฝึกด้วยตนเองที่บ้านไม่ได้ทั้งหมด ทำให้ไม่ครบถ้วน

๒. ในการเดินทางมารับการรักษาในระยะแรก ผู้ป่วยต้องมีญาติมาด้วยเนื่องจากปวดมากไม่สามารถขับรถเองได้ ทำให้มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัดเนื่องจากไม่มีญาติเดินทางมาส่ง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ข้อจำกัดด้านบุคลากรกายภาพบำบัดมีไม่เพียงพอ ทำให้การรักษาในบางครั้งทำได้ไม่เต็มที่ หากมีผู้มารับบริการการรักษาทางกายภาพบำบัดพร้อมกัน

๙. ข้อเสนอแนะ

การรักษาผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น มีหลักสำคัญ คือ เพื่อลดอาการปวดของผู้ป่วย เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง (Increase ROM of lumbar spine) ลดอาการตึงของกล้ามเนื้อหลัง (Decrease paravertebral muscles spasm) ลดอาการปวดและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรักษาให้อาการหายหรือดีขึ้นแล้ว ยังต้องกลับไปประกอบอาชีพหรือใช้ชีวิตแบบเดิมๆ ทำให้กลับมาเป็นโรคหมอนรองกระดูกยื่นหรือปลิ้นซ้ำได้อีก การให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงไม่กลับไปทำอาชีพแบบเดิมเป็นไปได้ยาก เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยประกอบอาชีพเกษตรกรรมในการหาเลี้ยงชีพและเป็นกำลังหลักของครอบครัว

ดังนั้น การแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงกลไกในการเกิดโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น โดยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม การดูแลตนเองเบื้องต้น โดยการประคบเย็น/ประคบร้อนเมื่อเกิดอาการ การออกกำลังกายเพื่อการรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ จึงมีความจำเป็นอย่างมากในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังยื่นหรือปลิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ทันการณ์ ถูกต้อง และเหมาะสม

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางจุฑาทิพย์ น่วมบัณฑิต สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) จุฑาทิพย์

(นางจุฑาทิพย์ น่วมบัณฑิต)

(ตำแหน่ง) นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๐ / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางจุฑาทิพย์ น่วมบัณฑิต	จุฑาทิพย์
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) น

(นางนิธิชญา ฟองย้อย)

(ตำแหน่ง) นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

(วันที่) ๒๓ / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) น.อ.

(นายบุญมี โพธิ์สนาม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

(วันที่) ๒๕ / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชารายละ ๒ ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางการป้องกันอาการปวดหลังจากหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้น ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้น (Herniated nucleus pulposus in lumbar spine หรือ HNP in lumbar spine) เป็นภาวะที่พบได้บ่อย มักเกิดในวัยทำงาน มีการยกน้ำหนักผิดท่าหรืออุบัติเหตุ นำมาก่อน ปวดมากเวลาก้ม หากมีการยื่นหรือปลิ้นจนกดทับรากประสาทหรือไขสันหลังระดับเอว จะก่อให้เกิดอาการปวดหลัง ร่วมกับการปวดร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างซึ่งการกดทับรากประสาทนั้นขึ้นอยู่กับทิศทาง และความรุนแรงของการยื่นหรือปลิ้นของหมอนรองกระดูกสันหลัง ซึ่งอาจทำให้กล้ามเนื้อขาหนีบตึงหรือหลายมัดอ่อนแรง ขาบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของขา หรือมีอาการผิดปกติของระบบขับถ่าย ซึ่งเมื่อเกิดภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพในการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอย่างทันการ และไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องในการดำรงชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้นอย่างเรื้อรัง ยากต่อการแก้ไขให้ผู้ป่วยกลับมาดำรงชีวิตตามปกติสุขได้

เนื่องจากอาการปวดหลัง เป็นอาการสำคัญทางคลินิกที่พบมากของผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษา ณ งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเสลภูมิ จากสถิติข้อมูลปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบว่า ผู้ป่วยโรค Spondylosis มากเป็นลำดับที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๔๔ รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรค Herniated nucleus pulposus (HNP) คิดเป็น ร้อยละ ๒๘ ผู้ป่วยโรค muscle disorders คิดเป็นร้อยละ ๑๗ และผู้ป่วยโรค Spinal stenosis คิดเป็นร้อยละ ๑๑ จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรค Herniated nucleus pulposus (HNP) ย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า ปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ป่วย HNP ๔๘ คน ปี ๒๕๖๔ มีจำนวน ๖๒ คน และปี ๒๕๖๕ มีจำนวน ๘๘ คน จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรค Herniated nucleus pulposus (HNP) มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ถึงแม้ว่าภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้น (Herniated nucleus pulposus) นี้จะไม่ได้มีความร้ายแรงถึงชีวิต แต่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงจากอาการปวดขณะทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ทั้งยังมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยอีกด้วย การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลังจากภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวยื่นหรือปลิ้น (HNP) นั้น จะสามารถลดอาการปวดและผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ในการรักษาทางกายภาพบำบัดนั้น ผู้ป่วยควรให้ความร่วมมือและมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการออกกำลังกายตนเองที่บ้านร่วมกับพบว่า การออกกำลังกายในผู้ป่วยบางรายอาจไม่เข้าใจ ทำออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยอาจจะทำไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง หากปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือผิดทิศทางการเคลื่อนไหว ทำให้การออกกำลังกายไม่บรรลุวัตถุประสงค์และได้รับประโยชน์ไม่เต็มที่ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการปวดหลังเพิ่มขึ้นจนไม่ยอมเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายอีกต่อไป ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะจัดทำเอกสาร - คู่มือการรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวทับเส้นประสาท เบื้องต้นสำหรับผู้ป่วย ให้สามารถนำกลับไปปฏิบัติและทบทวนวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากอาการปวดหลัง เป็นอาการสำคัญทางคลินิกที่พบมากของผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษา ณ งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเสลภูมิ อย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานานหลายปี และมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุก ๆ ปี จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สาเหตุหลักของอาการปวดหลังที่แพทย์ส่งผู้ป่วยมาพบนักกายภาพบำบัด มักเกิดจากภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวยื่นหรือปลิ้นเป็นส่วนใหญ่ การรักษาทางกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยปวดหลังจากภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวยื่นหรือปลิ้น (HNP) นั้น สามารถลดอาการปวด และผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ซึ่งการให้สุขศึกษา และการออกกำลังกาย

อาการปวด และผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ซึ่งการให้สุขศึกษา และการออกกำลังกายเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ แต่หลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการออกกำลังกายในผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ การออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยอาจจะทำไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ทำให้ต้องมีการอธิบายซ้ำๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการทำงานซ้ำ ๆ และใช้เวลาในการรักษานานขึ้น อาจเกิดความแออัด ตลอดจนผู้ป่วยใช้เวลาในการรอคอยนาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาและความพึงพอใจในการให้บริการ ดังนั้น ผู้เสนอผลงานในฐานะนักกายภาพบำบัด จึงมีการจัดทำเอกสาร - คู่มือการรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวทับเส้นประสาทเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วย ให้สามารถนำกลับไปปฏิบัติและทบทวนวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเส้นประสาท สามารถออกกำลังกายและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม
๒. ผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเส้นประสาท ไม่กลับมาเป็นซ้ำอีก

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเส้นประสาท ได้รับความรู้เกี่ยวกับตัวโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และสามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง ร้อยละ ๗๐
๒. ผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเส้นประสาท ไม่กลับมาเป็นซ้ำอีก ร้อยละ ๗๐

(ลงชื่อ) จุฑาทิพย์

(นางจุฑาทิพย์ น่วมบัณฑิต)

(ตำแหน่ง) นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๑ / ๑๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน