การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Acute Ischemic Stroke

(Received: July 27 ,2020 ; Accepted: September 8 ,2020)

มรดก หมอกไชย
Moradok Mokchai
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
Registered Nurse Professional Level Khon Kaen Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) โรงพยาบาลขอนแก่น มาโดยระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke fast track เป็นผู้ป่วยระยะวิกฤต ทั้ง 2 ราย ที่มีโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และมีภาวะการหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการรักษาปัญหาที่ตรวจพบในขณะที่อยู่รักษา จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ช่วงภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตและรุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญ สมรรถนะสำคัญที่จำเป็นต้องมีความรู้เฉพาะทาง มีทักษะ ในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินและแก้ไขปัญหา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต บทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการเผชิญปัญหา ลดปัจจัยเสี่ยง และแก้ไขจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องในแต่ละช่วงเวลาการดำเนินของโรค การบูรณการให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ ทำให้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เพิ่มมากขึ้น และการกลับมาเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke), ระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track), หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit)

Abstract

This study aim to guide nursing patients with acute ischemic stroke.This is a comparative study of two case studies in the critical phase, continuous care recovery phase, and the discharge planning phase. Data was collected using Gordon's 11th health scheme of patient assessment to find patient problems, set nursing decisions, plan nursing practice, summarize, and evaluate nursing results.

Results: In this study, the study compared two cases of acute ischemic stroke patients admitted to the stroke unit of Khon Kaen Hospital. Stroke fast track is both critically ill patients with a high-risk factor associated with acute ischemic stroke and respiratory failure. They use a ventilator in conjunction with treating any problems detected while undergoing treatment. From the study of two

case studies in the care of acute ischemic stroke, nurses in life-threatening and severe crisis play essential roles with competencies that require specialized knowledge and skills to spot changes, evaluate, and solve problems to reduce complications as well as death. Their roles in promoting health in patients and their relatives are well prepared to face problems and risk factors and to solve problems that arise correctly during the disease. Complete rehabilitation of patients by a multidisciplinary team is essential so that patients and their relatives can manage themselves to prevent the occurrence of complications, growing disability, and the recurrence.
Keywords: Acute Ischemic Stroke, Stroke Fast Track System, Stroke Unit

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติทางระบบประสาท (จิตรา กุสุมภ์แ ล ะ ค ณ ะ , 2556) (Neurological emergency) องค์การอัมพาตโลกได้รายงานสถานการณ์ทั่วโลกว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง, 2562) โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกสูงขึ้น จาก 690 เป็น 2,460 คนต่อประชากร 100,000 คน ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา และ โรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิต อัตราการพิการที่สูงอันดับต้นๆของประเทศไทย การสูญเสียสุขภาวะโดยผู้ที่รอดชีวิต มักหลงเหลือความพิการอยู่ (สุภางค์ จริภักดิ์, 2557)

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมจากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากถึง 2,989 ราย, 2,993 ราย และ 2,998 รายต่อปี ตามลำดับ และมีอัตราตายร้อยละ 8.33, 8.27 และ 6.64 ต่อปี ตามลำดับ ส่วนผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว สูงถึงร้อยละ 80 มีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2553 โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลัง และจัดตั้งหอผู้ป่วย Stroke unit และมีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ ทำให้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เพิ่มมากขึ้น และการกลับมาเป็นซ้ำ

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) จากประสบการณ์ปฏิบัติงานพบว่า การประเมินตั้งแต่แรกรับ การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา ในบทบาทการศึกษาผู้ป่วย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการ

รักษาของแพทย์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. กรณีศึกษา เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 27 เมษายน 2563 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 16 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้าระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) โรงพยาบาลขอนแก่น

2. ประวัติและการประเมินสภาพร่างกายและอาการแรกรับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย **2** ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศ หญิง อายุ 67 ปี ส่วนสูง 165 ซม. น้ำหนัก 108 กก. BMI 39.7	เพศ หญิง อายุ 68 ปี สูง 50 ซม. น้ำหนัก 50 กก. BMI 22.22
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ซึมลง ไม่พูด มา 3 ชั่วโมง Last seen เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยเข้าไปอาบน้ำจากนั้นออกมา ญาติพบว่า ไม่พูด ถามไม่ตอบ ซึมลง ญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาลชื่นชม GCS = $E_1V_1M_4$ ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคามมา โรงพยาบาลขอนแก่น	ไม่รู้สึกตัว ไม่พูดมา 1 ชั่วโมง (On set 08.00 น.) ญาตินำส่งโรงพยาบาลเปือยน้อย GCS = $E_2V_1M_1$ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลเปือยน้อย มาโรงพยาบาลขอนแก่น
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 20 ปี มีภาวะไขมันในเลือดสูง, มีประวัติ Old CVA right hemiparesis, Epilepsy รักษาสม่ำเสมอ ต่อเนื่องไม่ขาดยา	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน (มี อินซูลินฉีด) และไตวาย (ระยะที่ 5)เป็นมา 20 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง มีประวัตินอนโรงพยาบาล เมื่อเดือนมีนาคม 2563 ด้วยเรื่องไตวาย มาด้วยมีอาการบวม
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ	แพ้ยา Penicillin
สิ่งเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
Risk factor	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม และมีโรคอ้วน มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีOld CVA right hemiparesis	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม เบาหวานและไตวาย
การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke	Acute Ischemic Stroke
CT Brain แรกรับ	- White matter infarction at periventricular region of frontal horn of right lateral ventricle - no evidence of intracranial hemorrhage - brain atrophy which is more pronounced than the age-group	- Sub acute to chronic infarction at left frontal lobe and left parietal lobe
CT Brain หลังให้ยา 24 ชั่วโมง	- no intracranial hemorrhage - Diffused brain atrophy	- No evidence of intracranial hemorrhage
สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	ซึม Drowsiness หายใจ On ET no 7.0 ขีด 20, ประเมินอาการผู้ป่วย $E_3V_TM_4$ กำลังของแขนขา ข้างขวาแขน 3 คะแนน ขา 2 คะแนน ข้างซ้ายแขน 3 คะแนน, ขา 2 คะแนน Pupil ตาข้างขวา 3 มิลลิเมตร, ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร, มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส, PR 78 ครั้งต่อนาที, BP	ซึม หายใจ On ET no 7.0 ขีด 20,ประเมินอาการผู้ป่วย $E_1V_TM_1$, กำลังของแขนขา ข้างขวาแขน 0 คะแนน, ขา 3 คะแนน ข้างซ้ายแขน 0 คะแนน, ขา 3 คะแนนPupil ตาข้างขวา 3 มิลลิเมตร, ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร, มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส, PR 70 ครั้งต่อนาที, BP 169/78mmHg, Oxygen saturation 100%

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	200/102 mmHg, Oxygen saturation 100% ได้รับยา Nicardipine 1:5 vein drip 10 (จาก ER) On 0.9% NSS 1000 ml. vein 80 ml/hr. หายใจโดย On ET with Ventilation ชนิด Carina, NPO ไว้	เจาะ DTX ทุก 4 hr. แรกรับ 113 mg% ให้ IV. เป็น NSS 1000 ml vein 60 ml/hr, หายใจโดย On ET with Ventilation ชนิด Carina, NPO ไว้
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	พบ Cholesterol 127 mg/dL Triglyceride 165 mg/dL HDL- Cholesterol 50 mg/dL LDL- Cholesterol 44 mg/dL INR 1.04 sec HbA1C 5.5 mg % BUN 12 mg/dL Cr 0.73 mg/dL eGFR (CKD-EPI) 88.49 ml/min Albumin 4.0 g/dL Sodium 139 mmol/L Potassium 4.78 mmol/L Chloride 101 mmol/L HCO3 26.6 mmol/L WBC 9.0 103/uL Hemoglobin 15.0 g/dL Hematocrit 44.7% PLT 208 103/uL Neutrophil 73.8% Lymphocyte 16.1%	พบ Cholesterol 167 mg/dL Triglyceride 165 mg/dL HDL- Cholesterol 53 mg/dL LDL- Cholesterol 92 mg/dL INR 1.07 sec BUN 117 mg/dL Cr 10.50 mg/dL eGFR (CKD-EPI) 3.38 ml/min Albumin 2.7 g/dL Sodium113 mmol/L Potassium 3.69 mmol/L Chloride 73 mmol/L HCO3 19.4 mmol/L WBC 6.3 103/uL Hemoglobin 9.0 g/dL Hematocrit 24.9% PLT 359 103/uL Neutrophil 88.9% Lymphocyte 5.5%
NIHSS Score แรกรับ	23	25
ระดับความรุนแรงของโรค (Modify Rangkin Scale)	0 (มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด)	0 (มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด)
Barthel ADL index แรกรับ	0	0
การรักษา	น้ำหนักตัว 108 กิโลกรัม ได้รับยา rt-PA จำนวน 90 มิลลิกรัม (0.9 mg/kg)	น้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ได้รับยา rt-PA จำนวน 50 มิลลิกรัม (0.9 mg/kg)
รวมระยะวันนอน	5 วัน	6 วัน

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน ของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤตเฉียบพลัน ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองลดลง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดย 1.1 ระยะ Compensation - ประเมิน V/S N/S ทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที เป็นเวลา 6 ชั่วโมง และประเมินทุก 24 ชั่วโมง -สังเกตอาการสับสน ง่วงซึม กระสับกระส่าย และรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง ไม่ขนาดไม่เท่ากัน มองเห็นภาพซ้อน วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง 1.2 ระยะ Decompensation - ประเมิน V/S N/S ทุก 1 ชั่วโมง - สังเกตอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การชักเกร็งของกล้ามเนื้อและความผิดปกติของการพูด 2. จัดให้นอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อส่งเสริมให้มีการแพร่กระจายของน้ำไขสันหลังสู่ช่องว่างไขสันหลังอย่างอิสระ และมีการไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวก ถ้าจัดท่านอนศีรษะ <15 องศา จะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ผลที่ตามมาทำให้แรงดันกำซาบสมองและความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น ถ้าจัดท่านอนศีรษะ > 30 องศา ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลง สมองขาดออกซิเจน ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้นไม่ควรจัดท่านอนราบ ท่านอนศีรษะต่ำ และท่านอนคว่ำ เพราะจะทำให้แรงดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น 3. ดูแลหลีกเลี่ยงการงอพับของคอและการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะอาจทำให้มีการกดหรือบีบหลอดเลือดดำ Jugular ส่งผลกระทบต่อการไหลเวียนของหลอดเลือดดำและการระบายน้ำไขสันหลัง ผลที่ตามมาเกิดภาวะเลือดดำคั่งในสมองทำให้ความดันกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ป้องการเกิด Valsalva maneuver ได้แก่กิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกหรือช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอการจามโดยแรง การออกแรงต้านการผูกยึด การกลั้นหายใจขณะพลิกตะแคงตัว เพื่อไม่ให้เกิดการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำในสมอง เกิดการคั่งของเลือดดำจากสมอง 5. ควบคุมอุณหภูมิของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5 – 37.4 องศา ถ้าสูงเกิน 38 องศา ควรเช็ดตัวลดไข้ ไม่ห่มผ้า เพราะถ้าอุณหภูมิการสูง จะทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง 6. ดูแลไม่ให้สะโพกหักพับงอเกิน 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองสะดวก 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ น้ำสารหารเป็น 0.9% NSS 1000 ml. vein drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา 8. ดูแลประเมินทางเดินหายใจ สังเกตลักษณะการหายใจฟังเสียงหายใจเพื่อประเมินเสมหะอุดกั้น 9. Monitor EKG และ Monitor Oxygen Saturation
2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศาเพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกการไหลกลับของเลือดจากสมองดีขึ้น ห้ามจัดท่านอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ 2.เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ ถ้า GCS ลดลงมากว่าหรือเท่ากับ 2 รายงานแพทย์ทันที 3.ตรวจเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ หากพบสัญญาณชีพผิดปกติดังนี้ ระดับความดันโลหิต SBP >180 mmHg, DBP >105 mmHg. BT ≥ 38 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ทราบ 4.เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะ หรืออุจจาระเป็นเลือดอาการซึมลงซึ่งบ่งบอกว่าอาจมีเลือดออกในสมอง 5.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 6.งดทำหัตถกรรมที่เสี่ยงต่อมีเลือดออก ได้แก่ ใส่สาย Foley catheterization within 2 hrs. ใส่ NG tube insertion within 24 hrs. Central venous access, arterial puncture muscular injection Antiplatelet medication for first 24 hrs. 7.ดูแลให้ได้รับยาป้องกันภาวะเลือดออกในกระเพราะอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ 8.งดน้ำงดอาหาร 9.Absolute bed rest
3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง การซีด เขียว เพราะเป็นอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 2.ประเมิน V/S ทุก 1 ชั่วโมง เพราะเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน 3.Monitor Oxygen Saturation ≥ 95% 4.ดูแล Suction ให้ผู้ป่วยลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้เพิ่มขึ้น 5.ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานมีประสิทธิภาพดูแลไม่ให้สายหักพับงอ หรือมีน้ำคั่งค้างในสาย 6.จัดท่านอนศีรษะ เพราะทำให้กะบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 7.ดูแล Cuff Pressure ให้เหมาะสม 20-25 mmHg 8.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพราะการพักผ่อนเป็นเตียงเป็นการลดการใช้ออกซิเจน 9.ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่คงที่ ไม่ให้สายท่อช่วยหายใจหักพับงอ 10.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองถูกทำลายเนื่องจากมีไข้สูง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2.ถ้าอุณหภูมิร่างกาย 37.6-38.0 องศาเซลเซียส ให้คลายผ้าออก เช็ดตัวลดไข้ โดยวิธี Tepid sponge หลังจากนั้น 30 นาทีวัดไข้ซ้ำ และดูแลให้ได้รับยา Paracetamol ตามแผนการรักษา 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และสารอาหารอย่างเพียงพอ 4.ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ 5.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก สะอาดปราศจากเชื้อ เช่นการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย 7.ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ 8.แนะนำญาติให้ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย สวมใส่ Mask และงดญาติที่มีไข้หรือเป็นหวัดงดเยี่ยมผู้ป่วย 9.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ผล CBC และ UA
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับการรักษาด้วย	1. ประเมินและเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว อ่อนเพลีย เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว ซึ่งอาจทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุก 6 ชั่วโมง หรือตามการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อินซูลิน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	3. ดูแลรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ - กรณีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดูแลให้ได้รับยาลดระดับน้ำตาล ได้แก่ RI 10 unit IV และ เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตาพร่ามัว เป็นต้น และดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ NSS 1,000 ml IV drip 60 ml /hr -กรณีน้ำตาลในเลือดต่ำ ดูแลให้ได้รับ 50% glucose 50 ml IV push และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่นอาจเกิดอาการเจ็บปวด ระคายเคืองเส้นเลือด หลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ตรงบริเวณที่ให้ยา เกิดอาการไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย บวม โปแตสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น และดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 10% D/NSS/2 1,000 ml IV drip 80 ml /hr 4. ติดตามวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที 5. บันทึกจำนวน Intake และ Output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำ สารอาหารเนื่องจากงดการให้สารน้ำทางปาก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมิน V/S, V/S ทุก 1 ชั่วโมง 2. สังเกตภาวะขาดสารน้ำ เช่น ผิวหนังแห้ง กระหม่อมบุ๋ม ตาลึก ปัสสาวะออกน้อย ตัวเย็น ชีมเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและควบคุมการหยดของสารน้ำให้ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ NSS 1,000 ml IV drip 80 ml /hr 4.ติดตามผลการส่งตรวจอิเล็คโทรลัยท์ ได้แก่ Sodium , Potassium , Chloride , HCO3 5.ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและอิเล็คโทรลัยท์ 6.บันทึกจำนวน Intake และ Output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
6. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมิน ADL ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2.ดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สะอาดและจัดสิ่งของวางไว้ข้างเตียงข้างที่ผู้ป่วยมีแรงปกติ 3.ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน 4.ดูแลระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่นยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา 5.ดูแลจัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงพร้อมระบายอากาศได้ดีไม่เกิดความผิดปกติ ผื่น คัน รอยแดงที่ผิวหนัง
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง 2.ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็น 3.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคและแนวทางการรักษาโดยสังเขป 4.ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด อาการที่ต้องมาก่อนนัด การรับประทานอาหาร ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ 5.เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก 6.เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลรักษาผู้ป่วย 7.พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 8.แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ

4. ผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ วินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke มาด้วยอาการ ซึมลง ไม่พูด มา 3 ชั่วโมง ได้รับการรักษา โดยใส่ท่อช่วยหายใจก่อนrefer มารักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและมีโรคร่วม เข้า Stroke Fast Track ประเมิน NIHSS ได้ 23 คะแนน CT Scan Brain พบ White matter infarction at periventricular region of frontal horn of right lateral ventricle - no evidence of intracranial hemorrhage ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยได้รับยาการรักษา โดยให้ยา ยา Nicardipine 1:5 vein drip 10 ได้รับการประเมินและเฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิด ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt -PA) ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเช่นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวมผู้ป่วยมีปอดอักเสบจากการสำลัก ผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ใน 3 วัน มีการวางพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และวางแผนจำหน่าย ค่า Barthel ADL Indexเพิ่มจาก 0 คะแนน เป็น 35 คะแนน ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต

นัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ รวมระยะวันนอน 5 วัน ค่ารักษาพยาบาล 84,024 บาท

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ วินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มาด้วยอาการไม่รู้สึกตัว ไม่พูดมา 1 ชั่วโมง ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรักษา โดยใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนrefer มารักษาต่อที่ โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและมีโรคร่วม เข้า Stroke Fast Track ประเมิน NIHSS ได้ 25 คะแนน CT Scan Brain พบมี - Sub acute to chronic infarction at left frontal lobe and left parietal lobeได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt - PA)ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นภาวะวิกฤตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเช่นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวม ผู้ป่วยรายนี้ มีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น มีปัญหาการสื่อสาร และการกลืน และมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ใน 4 วัน และมีอาการหายใจเหนือย หลังถอดท่อช่วยหายใจ ได้รับการรักษาด้วยการพ่นยา ให้ อาการดีขึ้น มีการวางพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และวางแผนจำหน่าย ค่า Barthel ADL Index เพิ่มจาก 0 คะแนน เป็น 50 คะแนน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่ระดับน้ำตาลในเลือดยังสูง ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์อนุญาต นัดติดตามการรักษา 3 สัปดาห์ รวมระยะวันนอน 6 วัน ค่ารักษาพยาบาล 63,366 บาท

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ชนิดตีบ ผู้ป่วยรายที 1 ถูกนำส่งโรงพยาบาลหลังมีอาการและอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 1.25 ชั่วโมงซึ่งเร็วกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ จากโรงพยาบาลชุมชนก่อนนำส่งโรงพยาบาลขอนแก่น และเข้าระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke Fast Track ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) ได้รับการแก้ไขภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อแตกต่างกันคือรายที่ 1 มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องลดความดันโลหิตที่สูงมีโอกาสเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การวางแผนการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ โรงพยาบาลขอนแก่น การพยาบาลได้ใช้แบบแผนการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon ช่วยค้นหาปัญหา ร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาลมีการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแบบแผนการประเมินสุขภาพ ที่ต่างกัน ในรายที่ 1 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถปรับตัวได้เร็ว ถอดท่อช่วยหายใจได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายให้ส่งกลับบ้านได้ โดยมีการนัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 ยังต้องรับการรักษาโรคร่วมและโรคประจำตัวคือเบาหวาน และมีภาวะไตวาย ร่วมด้วย การรักษา และถอดท่อช่วยหายใจได้ช้ากว่าผู้ป่วยรายที่ 1 และยังต้องดูแลต่อเนื่องจำหน่ายโดยส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพจากความเสื่อมสภาพตามวัย มีโรคสมองเสื่อม และเป็นอัมพฤตอัมพาต ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและไม่เกิดภาวะ Progressive stroke การวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการฟื้นฟูสภาพโดยการทำกายภาพบำบัด ออกกำลังกาย ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ และการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและโรคร่วมของผู้ป่วยรายทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงมากและรุนแรงด้วยกันทั้งคู่ โดยมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมด้วยกัน และ

ผู้ป่วยรายที่ 2 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีโรคร่วม จึงทำให้ระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 การฟื้นฟูสภาพร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีค่าคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นทั้ง 2 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ ส่งกลับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชนเดิมเพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่องต่อไป

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและต้องเร่งด่วนในการรักษา เพื่อให้ทันเวลาในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) การใช้เวลาในการวินิจฉัยรักษาและการเข้าถึงยาได้ในเวลาจำกัด การเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือด จะต้องทำให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะในช่วงเวลา 270 นาที หรือภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก หลังจากเกิดอาการ การประเมินและเฝ้าระวังเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางคลินิคสำคัญรายโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะแรก เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะการติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักอาหาร การดูแลรักษาสำคัญ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และปฏิบัติตามเกณฑ์การให้ยาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic therapy) คือยา rt-PA ยาละลายลิ่มเลือดจะช่วยละลายลิ่มเลือดที่อุดตันทำให้เลือดไหลกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงให้ได้เร็วที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปลอดภัย เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติ ภาวะแทรกซ้อนตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ การดูแลป้องกันตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมถึงการให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลช่วยป้องกันอีกทางด้วย ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญมาก โดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น เพื่อลดความพิการซ้ำซ้อน ควรให้ครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกรับผู้ป่วยระยะดูแลรักษาตามปัญหาที่พบ และระยะเตรียมความพร้อมเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานพยาบาลใกล้บ้านสู่ชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความสุขอยู่ร่วมในสังคมได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ การประเมินเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องปฏิบัติอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing processes) ทุกระยะของการดูแล พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีสมรรถนะเพียงพอซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นผู้ป่วยปลอดภัยลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

เอกสารอ้างอิง

จิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, 2556). หน้า 311-344.

ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. (2562) **คู่มือระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น . พิมพ์ ครั้งที่ 1** :ขอนแก่น :หจก คลังนานาวิทยา ; 2562.

สุภางค์ จริภักดิ์ (2557) **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน : รายกรณีศึกษา** วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 กค-7 กย 2557.

ดุสิต สถาวร และครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์.(2559). **สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย The Smart ICU**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. หน้า 9.

วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, 2556). หน้า 311-344.

โรงพยาบาลขอนแก่น. (2561). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.

สลิลทิพย์ คุณาดิศร (2019) **การศึกษาคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบบริการ Stroke Fast Track แต่ไม่เข้าเกณฑ์การรับยาละลายลิ่มเลือด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น .** Journal Thai Soc Volume 18 (2):15-28.

สมจิต หนุเจริญกุล.(2552). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน** (Cerebrovascular Accident หรือ Stroke). ใน : สมจิต หนุเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุรศาตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พริ้นติ้ง. หน้า 39-65

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2562). **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7** . พิมพ์ครั้งที่ 1 :ขอนแก่น :หจก คลังนานาวิทยา. หน้า 3-16

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2550). **แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป**. กรุงเทพฯ.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2550). **แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป**. กรุงเทพฯ.

อดุลย์ วิริยเวชกุล.(2534). **Acute Stroke Management**. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง, กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์ หน้า 451

อรุณี เองยศมาก และวิจิตร กุสุมภ์. (2551). **ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท** (Nervous System Alteration).ใน : วิจิตร กุสุมภ์, บรรณาธิการ. Critical Care Nursing: A Holistic Approch. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์. หน้า 283-312

รัชนี เบญจธนัง และพิพพ์จิตร์ กาญจนสินธุ์. (2557). **การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ .**พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ บริษัท ลีฟวิ่ง เอ พี. หน้า 93 – 119.

Troke STS, Roup STG. (1995). **Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke**. The National.Institute of Neurological Disorders and Stroke rtPA Stroke Study Group. N Engl J Med. 333: 1581-7.

Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Davalos A, guidetti D, et al.(2008). **Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke**. N Engl J Med . 359: 1317-29.