

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน : กรณีศึกษา (Nursing care of Ischemic Stroke patients : Case study)

(Received: March 10,2021; Accepted: March 30,2021)

บัวขาว กฤษณา

Buakaw Kissana

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน และเพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เข้ามาได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี อาการสำคัญ อาการชักเกร็ง อ่อนแรงด้านซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรคมีภาวะสมองขาดเลือด ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA หลังได้รับยา rt-PA พบภาวะแทรกซ้อนมีภาวะเลือดออกในสมอง และผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนและอาการอ่อนแรง ได้รับการรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายผู้ป่วย ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 7 วัน การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย Acute Cerebral infraction with Hemorrhagic transformation
กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาคือ อ่อนแรงแขนด้านซ้าย ปากเบี้ยวด้านซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรคมีภาวะสมองขาดเลือด แผนการรักษา คือ การให้ยาการให้ยาด้านเกล็ดเลือดได้รับการรักษาด้วยการสังเกตอาการทางสมอง พบผู้ป่วยมีปัญหาอ่อนแรงแขนและขาซ้าย และปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและศูนย์ดูแลต่อเนื่อง อาการผู้ป่วยทุเลา แพทย์จำหน่ายผู้ป่วย ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 3 วัน การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย Acute Cerebral infraction at subcortical region at left frontal lobe and left basal ganglia

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน, การพยาบาล

Abstract

The objective of this study was to compare case studies of ischemic stroke patients. And to use the results of the study to develop a nursing practice guideline for ischemic stroke patients Select patients with ischemic stroke and embolism. Two persons were admitted to the hospital ward in Kalasin Hospital between October 2019 - February 2020.

RESULTS: 1st case were a male Thai patient, ages 52, presented with seizure and left weakness for 1 hours. The final diagnosis was Ischemic stroke due to rt-PA. After receiving rt-PA, complications were found with cerebral hemorrhage. The patient has swallowing problems and weakness. Received treatment from observe neuro sign a rehabilitation doctor and Intermediate care. Patient clinical improve and discharge to home. The final diagnosis Acute Cerebral infraction with Hemorrhagic transformation The admission duration was 7 days. 2nd case were a male Thai patient, ages 72, presented with left weakness and Left facial palsy for 4 hours prior to admission. During admission he Ischemic Stroke Receiving Antiplatelet and observe neuro sign. Patient problem weakness Received treatment from a rehabilitation doctor Patient clinical improve and discharge to home. The final diagnosis was Acute Cerebral infraction at subcortical region at left frontal lobe and left basal ganglia. The admission duration was 3 days.

KEYWORDS: Ischemic stroke, Nursing.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของโลกรอง จากโรคหัวใจขาดเลือด และผลจากโรคทำให้เกิดความพิการเรื้อรังทางร่างกาย

เป็นอันดับที่ 3 ของโลก(The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke, 2018) อีกทั้งโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans



V, 2012) ประเทศไทยอัตรา การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 เป็น 48.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2559 ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ ซึ่งต้องใช้การรักษาไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท/ปี/คน(Ministry of Public Health., 2018) รักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลายาวนาน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่มขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด ลดการสูญเสียการทำงานเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองได้ทันเวลาและทำให้มีเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดน้อยที่สุด คือการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA (Recombinant Human Tissue-type Plasminogen Activator) ให้ยาทันทีภายหลังจากมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ถึงจะได้ผลดีและมีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราความพิการได้ร้อยละ30(American Stroke Association., 2018) ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด คือภาวะเลือดออกผิดปกติ การมีภาวะเลือดออกในสมองแล้วภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น การมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ และการแพ้ยาเป็นต้น การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาสิ่งที่กดเบียดสมองออก การผ่าตัดเพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ(Craniotomy) หรือการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกรณีมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง จากนั้นนโยบายของรัฐบาลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันได้นำการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็วและปลอดภัยโดยใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast tract system) สถาบันประสาทวิทยา, 2560)ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันเข้ารับบริการภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยมีเป้าหมายระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยา Door to needle time น้อยกว่า 60 นาที(ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2555)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาทอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบประสาท ในปีงบประมาณพ.ศ.2556 มีการจัดตั้ง unit stroke ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข Service plan ภายใต้หลักการเครือข่ายไร้รอยต่อ Seamless Health Service รวมถึงการจัดให้มีโรงพยาบาลรับส่งต่อ (Referral Hospital Cascade) การให้บริการการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันโดยใช้

ระบบช่องทางด่วน โดยการคัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แนวทาง “FAST” (Face, Arm, Speech, Time) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันได้แก่กลุ่มอาการ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด และต้องมาโรงพยาบาลทันทีภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง (National Stroke Association, 2012) โดยแพทย์ทำการวินิจฉัยก่อนให้ยา rt-PA เมื่อผ่านเกณฑ์ข้อบ่งชี้ตามแนวปฏิบัติของสถาบันประสาท จากนั้นให้ยาละลายลิ่มเลือดที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังได้รับยาสังเกตอาการผิดปกติ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้ยาจนครบ 24 ชั่วโมงแล้วย้ายออกไปหอผู้ป่วยอายุรกรรม ข้อมูลสถิติงานด้านคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มารับบริการ ในปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 888 ราย 934 ราย และ 971 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนและได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีจำนวน 190 ราย 178 ราย และ 198 ราย ร้อยละผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที มีจำนวน 50 ราย (60.24%) 71 ราย (80.68%) และ 63 ราย (82.69%) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังให้ยา rt-PA มีจำนวน 1 ราย (4.54%) 4 ราย (13.79%) และ 5 ราย (9.80%) (สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2562)

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน จำนวน 2 ราย โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน จำนวน 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน และเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ

4. ศึกษาค้นคว้าจากตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยแผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยให้การพยาบาล ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

8. เรียบเรียงและเขียนผลงาน

9. จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาตอนที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 58 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วันที่ 2-9 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 อาการสำคัญ มีอาการชักเกร็ง อ่อนแรงด้านซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมงอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ขณะผู้ป่วยยังร่วมกิจกรรมชุมชน คนรอบข้างสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ข้างซ้ายอ่อนแรง เพื่อนร่วมงานโทรแจ้งกู้ชีพนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์โรงพยาบาลชุมชนตรวจเยี่ยมประเมินอาการวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 10 ปี โรคความดันโลหิตสูง 3 ปีรับยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลชุมชนไม่เคยมีประวัติแขนหรือขาอ่อนแรง

กรณีศึกษาตอนที่ 2 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 72 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วันที่ 3-6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 อาการสำคัญ อ่อนแรงแขนด้านซ้าย ปากเบี้ยวด้านซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ขณะผู้ป่วยทำนากำลังเดินในทุ่งนา สังเกตว่าตัวเองมีอาการอ่อนแรงแขนข้างซ้ายร่วมกับมีอาการปากเบี้ยวด้านซ้าย ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ไม่มีอาการไข้ ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว ไม่มีอาการชักเกร็ง ได้แจ้งญาติว่าตัวเองอ่อนแรงญาติโทรประสานรถกู้ชีพประจำตำบลนำส่งที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการประเมินอาการวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง 5 ปีรับยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลชุมชนไม่เคยมีประวัติแขนหรือขาอ่อนแรงปฏิเสธการเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
WBC 10,600 $10^3/\mu\text{L}$, RBC 4.97 $10^6/\mu\text{L}$, MCH 28.7 fL, Hct 17.0 %, Neutrophil 75.0%, Lymphocyte 16.7% PT 13.5 sec PTT 26.4 sec, INR 0.98, BUN 14mg/dL, Cr 0.59 mg/dL, GFR 112 mL/min/1.73m ² , K 3.49 mmol/L, Chloride 112.7 mmol/L, CO ₂ 24.0 mmol/L, Cholesterol 140 mg/dL, triglyceride 78 mg/dL, HDL-C 30 mg/dL CXR: No Creptitation both lung U/S : No Pleural effusion, no Ascites CT scan Brain non contrast : Hyperdense right MCA arterial sign, could be hyperacute right MCA cerebral in fraction, Chronic cerebral infraction at left parieto CT scan Brain non contrast post rt-PA: transformation at lentiform nucleus. Ill-defined hypodense lesion at right fronto -temporal lobe, right caudate head, right basal ganglion and right external capsule.	WBC 5,200 $10^3/\mu\text{L}$, RBC 4.04 $10^6/\mu\text{L}$, HGB 12.0 g/dL, MCV 91.4 fL, MCH 29.7 fL Hct 37.0 vol %, Lymphocyte 24.1 %, PT 14 sec PTT 39.0 sec, INR 1.03, BUN 23 mg/dL Cr 1.09 mg/dL GFR 63 mL/min/1.73m ² , K 4.18 mmol/L, Chloride 104.6 mmol/L, CO ₂ 25.0 mmol/L, Cholesterol 165 mg/dL, triglyceride 68 mg/dL, HDL-C 60.4 mg/dL, Glucose 66 mg/dL CXR: Lung clear, No Creptitation both lung CT scan Brain non contrast: Hyperdense right MCA sign. Effacement right lateral ventricle. Chronic cerebral infraction at left parieto-occipital lobes, brain atrophy



การประเมิน statute of Health Stroke Scale The National In (NISHSS) ผลการประเมิน (NISHSS) พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 มีค่าคะแนน (NISHSS) = 21 คะแนนสามารถให้การรักษาดูแลด้วยการให้ยาชนิด rt-PA ส่วนในรายที่ 2 มีค่าคะแนน (NISHSS) = 6 คะแนน ไม่สามารถให้การรักษาดูแลด้วยการให้ยา rt-PA

การประเมิน ADL ผลการประเมิน ADL ในกรณีศึกษาพบว่าค่าคะแนนในกรณีศึกษาที่ 1 ADL 15 คะแนน แสดงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมได้น้อยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ADL 100 คะแนน กรณีศึกษาสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง

การประเมินผู้ให้บริการตามแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการดูแล

ตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเสี่ยงต่อการล้มอาหารเนื่องจากประสิทธิภาพการเคี้ยวและกลืนลดลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนและขาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาลคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงต้องเป็นภาระของครอบครัวและผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่วนแบบแผนที่มีความต่างคือแบบแผนด้านสติปัญญาและการรับรู้ในกรณีศึกษาที่ 1 มีสติปัญญาและการรับรู้ลดลงเนื่องจากภาวะเนื้อสมองขาดเลือด

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2		
1.การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1.GCS E3V5M6 pupil 3min react to light both eyes 2. มีอาเจียน 3. Motor power left arm grade II, right arm grade IV left leg grade IV , right arm grade IV 4. พุศไม่ชัด:left facial palsy 5.ปัสสาวะอุจจาระราด 6.CT scan : Hyperdense right MCA arterial sign, could be hyperacute right MCA cerebral in fraction	1.การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. GCS E3V5M6 pupil 3min react to light both eyes 2. มีอาเจียน 3. Motor power left grade IV, right grade V Left facial palsy 6.CT scan : acute infraction is suspected. Please coelated with clinical. Small hypodense lesion at left thalamus; lacunar infraction is possible. Few calcified nodules at bilateral frontal lobes; calcified granuloma is possible. Aging brain atrophy	1.ประเมินอาการทางระบบประสาท และตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง จนอาการจะ stable 2. ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP) -จัดให้ออนศีรษะสูง 30 องศา -รักษาแนวศีรษะลำตัวให้อยู่ในแนวปกติ -หลีกเลี่ยงการจอบของคอและการหมุนหรือหันของศีรษะ การจอสะโพก 3.ตรวจสอบระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ 4. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ cannula 5 LPM. Keepoxygen saturation > 95% 5. ให้ยา Antihypertensive ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจออกขณะพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่า หลีกเลี่ยงการกิด Isometric Contraction 7.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่าอนใหยกศีรษะสูง 30 องศา 8. วางแผนการทำกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันเป็นช่วงๆ ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น 9. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบลดสิ่งกระตุ้น 10. สอนผู้ป่วยให้รู้จักหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลก เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อ การเบ่งถ่ายปัสสาวะ หรืออุจจาระ การสั่งน้ำมูก การไอ	กรณีศึกษาที่ 1 1.ไม่มี Dyspnea / RR=20 ครั้ง/นาที 2.ไม่มีภาวะ cyanosis 3. Vital Signs BP 114/73mmHg 4.Capillary refill< 2วินาที 5.O2 sat SPO₂ 99% 6.Coma scale E4V5M6 7.Pupil 3 min react to light both eyes 8. Motor power left arm grade II, right arm grade IV left leg grade IV , right arm grade IV, Left facial palsy กรณีศึกษาที่ 2 1.ไม่มีอาการDyspnea / RR=18ครั้ง/นาที 2.ไม่มีภาวะ cyanosis 3. Vital Signs BP 133/88 mmHg 4.Capillary refill < 2 วินาที 5.O2 sat SPO₂ 99% 6.Coma scale E4V5M6 7.Pupil 3 min react to light both eyes 8. Motor power left grade IV, right grade V Left facial palsy
2.มีโอกาสดึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด ข้อมูลสนับสนุน	2.มีโอกาสดึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด ข้อมูลสนับสนุน	1.ประเมินอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่องอย่างง่าย ทุก 1 ชั่วโมงประเมินได้จากระดับความรู้สึก รูม่านตา และปฏิกิริยาตอบสนอง การกลอกตา ระบบการเคลื่อนไหว รีเฟล็กซ์ของตาและการกลืน และประเมินสัญญาณชีพ	กรณีศึกษาที่ 1 1. Vital Signs BP 127/66 mmHg 2.Coma scale E4V5M6

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2		
1.GCS E3V5M6 pupil 3 min RTL BE 2.Motor power left arm grade II, right arm grade IV left leg grade IV, right arm grade IV 4. พูดไม่ชัด, left facial palsy 5.ปัสสาวะอุจจาระราด 6. Hyperdense right MCA arterial sign, could be hyper acute right MCA cerebral infraction วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกณฑ์การประเมินผล 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน 3. GCS > 12 คะแนน 4. Pupil react to light both eyes 5.Motor power ไม่ลดลง	1. GCS E3V5M6 pupil 3min react to light both eyes 2 มีอาเจียน 3. Motor power left grade IV, right grade V Left facial palsy 6.CT scan : acute infraction is suspected. Please coelated with clinical. Small hypodense lesion at left thalamus; lacunar infraction is possible. Few calcified nodules at bilateral frontal lobes; calcified granuloma is possible. Aging brain atrophy	2 ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ดังนี้ - จัดให้นอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา - รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย - หลีกเลี่ยงการจอบของคอและกรงแขน - หลีกเลี่ยงการจอบข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา 3. ป้องกันการขาดออกซิเจนโดยการทำให้ทางเดินหายใจโล่งให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ 4.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด สารน้ำที่ได้รับคือ 0.9 %NSS 1000 ml vein drip 80 cc/ hr เพื่อป้องกันสมองบวม 5. ควบคุมอุณหภูมิในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าสูงเกิน 38C ขึ้นไป ควรทำการลดไข้ทุกครั้งโดยการเช็ดตัวด้วยน้ำเย็น (Tapid sponges) แต่ถ้าใช้สูงเกิน 38.5 องศา 6. ดูแลให้ได้รับตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ ASA (300mg) 1tab oral OD PC, Simvastatin (20mg) 1tab oral hs, Folic acid (5mg) 1tab oral OD PC	3. Pupil 3 min react to light both eyes 4. Motor power left arm grade II, right arm grade IV left leg grade IV, right arm grade IV กรณีศึกษาที่ 2 1. Vital Signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ BPในช่วง 105/56-127/66 mmHg 2.Coma scale E4V5M6 3. Pupil 3 min react to light both eyes 4. Motor power left grade IV, right grade V Left facial palsy
3. มีโอกาสเกิดภาวะบดอัดอีกเสบจากการสำลักอาหาร ข้อมูลสนับสนุน 1. มี left facial palsy 2. กลืนอาหารไม่ได้ วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะบดอัดอีกเสบจากการสำลัก เกณฑ์ประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ 2. ไม่มีสำลักขณะฝึกกลืนและขณะรับประทานอาหาร	3. มีโอกาสเกิดภาวะบดอัดอีกเสบจากการสำลักอาหาร	1. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง 2 วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. ประเมินลักษณะหรือความผิดปกติของการกลืน ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะและคอได้ ไหวหรือล้มล้มระหว่างหรือหลังรับประทานอาหาร 4. จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา 5.ปรึกษาแพทย์ PM&R เพื่อประเมินการกลืนอาหารของผู้ป่วย 6. ดูแลการให้อาหารและการฝึกกลืนโดยแพทย์กายภาพ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ขณะให้อาหารและหลังให้อาหาร 15-30 นาที 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยใส่สายสวนจมูกในช่วงแรก สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีcontent เหลือค้าง หลังจากฝึกการกลืนจึงกลืนได้ไม่มีสำลักอาหาร กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ ไม่มีสำลักอาหาร
4.มีโอกาสดันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง ข้อมูลสนับสนุน 1.มุ่มปากซ้ายตก 2.ลิ้นแข็ง 3. Motor power	4.มีโอกาสดันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง ข้อมูลสนับสนุน 1. มุ่มปากซ้ายตก 2 Motor power left grade IV, right grade V	1. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทกิจวัตรประจำวัน 2 คอยพยุงหนุน ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3. สอนผู้ป่วยให้ออกกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4. การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปูเสื่อผ้า โดยเน้นถึงความสะดวก ไม่มีเป้หรือเงื่อนไขที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ	กรณีศึกษาที่ 1 ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงที่แขนและขาซ้าย ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมได้น้อย ไม่พาลัดตกหกล้ม



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2		
left arm grade II, right arm grade IV left leg grade IV, right arm grade IV			
วัตถุประสงค์ 1. ไม่เกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม 2.สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้		41 ดูแลและจัดทำขอร่างกายของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ในท่าที่ถูกต้อง 42 ดันปลายเท้าด้วยไม้ยันเท้า รักษาระดับให้อยู่แนวเดียวกับขา และจัดเส้นเท้าไม่ให้กดทับกับที่นอน 43 จัดแขนและมือให้อยู่ในท่าที่สามารถใช้งานได้ต่อไป 44 แนะนำ สาธิต และฝึกให้ผู้ป่วยทำ กายภาพบำบัด 45 ดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 24 ชั่วโมง 46 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองบนเตียง 47 สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหาร ตนเองและกิจวัตรประจำวัน	กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีอาการพลัดตกหกล้มขณะทำกิจกรรม
5. แผนแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรการรักษายาบาล ข้อมูลสนับสนุน 1. นอนไม่หลับตลอดคืน 2. นอนหลับๆ ตื่นๆ กลางวันนอนไม่ได้เลยทั้ง 3. ลักษณะสีหน้าอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น ตาคั่วทั้ง 2 ข้าง มีอาการทวนนอน	5. แผนแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรการรักษายาบาล	1.ประเมินอาการนอนไม่หลับ โดยการสังเกต และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก 2.อธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ตามความเหมาะสม 3.จัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ ตามความเหมาะสม เช่น ย้ายเตียงผู้ป่วยให้ไปอยู่ใน zone ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลไม่มาก จัดการด้านสิ่งแวดล้อม -เสียงได้แก่ ลดเสียงจากเครื่องช่วยหายใจ monitor ต่างๆ -ลดเสียงของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน -ดูแลเรื่องความสุขสบาย เช่น การจัดท่านอนที่สุขสบาย ดูแลผิวหนังหลังการขับถ่าย การจัดการความปวด	กรณีศึกษาครั้งที่ 1 1. นอนหลับได้ 46 ชั่วโมงวัน 2 ไม่มีอาการอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอน มีสีหน้าสดชื่น 3ไม่มีอาการทวนนอน 4สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสม
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ	5. แผนแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรการรักษายาบาล	6. แนะนำในเรื่องต่อไปนี้ -สิ่งที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การอ่านหนังสือ การสวนมนต์ -สิ่งที่ส่งผลให้นอนไม่หลับ เช่น เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ และน้ำอัดลม เป็นต้น 7. วางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม 8. รายงานแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีแผนแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง	กรณีศึกษาครั้งที่ 2 1. ผู้ป่วยนอนหลับได้ 46 ชั่วโมงวัน มีตื่นเวลากลางคืน แล้วหลับต่อในช่วงเช้า 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น อาการอ่อนเพลียดีขึ้น 3ไม่มีอาการทวนนอน 4 มีอาการหุดหิดบ้างในบางครั้ง 5สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นการล้างหน้า แปรงฟัน และรับประทานอาหาร
6.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ข้อมูลสนับสนุน S: “คนไข้จะหายเป็นปกติตอนไหน” O: ผู้ป่วยและญาติ และญาติกังวลเกี่ยวกับอาการอ่อนแรง การประเมินผล	6.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ พูดคุยด้วยท่าทีอ่อนโยน แสดงความเป็นมิตร 2. ประเมินระดับความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว 3.สอนแนะนำญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงโรค ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ปอด อักเสบ ติดเชื้อ แผลกดทับ เป็นต้น	กรณีศึกษาที่ 1 -ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2 -ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2		
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล		32 อธิบายให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่อง การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง	
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและสามารถอธิบายวิธีปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้	ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากเกรงใจผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น	33 ระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ กระแทบ กระชอนบริเวณศีรษะ 4 อธิบายถึงความสำคัญ/แนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น 5 อธิบายการรักษาพยาบาลที่จะได้รับความพิการที่จะต้องได้รับการฟื้นฟู 6 เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ระบายความรู้สึก เพื่อ ลดความเครียด ความวิตกกังวล สร้างกำลังใจ ในการเผชิญปัญหา 7 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้พักผ่อน 8 ส่งต่อข้อมูลโดยใช้ระบบการส่งต่อข้อมูล	
7.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากเลือดออกง่ายหยุดยาก ข้อมูลสนับสนุน 1. ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA 2PT=136 sec PTT=293 sec INR=0.99 3. มีเลือดออกบริเวณใบหน้า หลังให้ยา rt-PA 4. ผล CT หลังได้รับ rt-PA มีภาวะเลือดออกในสมอง		1. ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษานะผู้ป่วยวิกฤติ ICU หรือ stroke unit 2. ให้ออกซิเจนสูง 15-30 องศา 3. ให้ผู้ป่วยพักนอนบนเตียง 24 ชั่วโมง 4. จัดน้ำและอาหารยกเว้นยา 5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง 6. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 7. จัดกิจกรรมหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้ • จัดให้ heparin/warfarin/antiplatelet • จัดใส่ NG tube • จัดสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) • จัดเจาะ Arterial blood gas, หรือเจาะหลอดเลือดแดง	กรณีศึกษาที่ 1 1. ผู้ป่วยไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว มีเลือดออกบริเวณใบหน้า ไม่ active bleed 2. มีเลือดออกบริเวณใบหน้า ไม่ active bleed 3. ผล CT scan มีภาวะเลือดออกในสมองแต่อาการเล็กน้อย GCS E4V5M6 4. ผู้ป่วยและญาติทราบอาการที่ต้องเฝ้าระวังและอาการผิดปกติ 4. PT=136 sec PTT=293 sec INR=0.99
วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เกณฑ์การประเมิน 1. ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว 2. ไม่มีเลือดออกที่ใด 3. ผู้ป่วยและญาติทราบอาการที่ต้องเฝ้าระวังอันตรายและแจ้งแพทย์พยาบาลทราบ 4. ผล PT=10-15 sec PTT=20-40 sec INR< 1.5 4. ผล CT ไม่พบเลือดออกในสมอง 5. GCS ไม่ลดลง	-	8. หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาทีหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 9. ให้อาหารดื่มน้ำเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา 10. เฝ้าระวังและสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของยา เช่น มีจ้ำเลือดเพิ่มมากขึ้นที่รอยแผลฉีก หรือรอยเจาะเลือด พร้อมสังเกตสีของปัสสาวะ สีของอุจจาระหรืออาเจียนที่ออกมา	
8. มีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ข้อมูลสนับสนุน		1. ประเมินอาการและความสามารถในการดูแลตนเอง 2. กำหนดการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยโดยถือเอาความปกติของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเกณฑ์ แล้วจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้ขับถ่ายอุจจาระตามเวลาที่กำหนด	



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2		
1.ไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน ปกติอยู่ที่บ้านถ่ายทุกวัน” 2.มีปัญหามีอาการอัมพาตอ่อนแรงซีกซ้ายแขนขาอ่อนแรง Muscle Motor power left arm grade II, right arm grade IV left leg grade IV , right arm grade IV		3. เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่ายอุจจาระต้องรีบ เสริฟหมอนอนหรือพาผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำทันทีไม่ควรบอกให้รอหรือผัดเวลาออกไป 4. จัดสถานที่การขับถ่ายให้มีชีวิตจัดทำในการขับถ่ายควรเป็นท่าที่ ปกติที่ผู้ป่วยเคยถ่ายเป็นประจำ หลีกเลี่ยงการรบกวนที่ไม่จำเป็น	
3.ไม่สามารถเดินได้ 4.ผู้ป่วยมีปัญหามีเกี่ยวกับการเคี้ยวกลืนได้ 100 ml 5.ฟังเสียง Bowel sound 4-5 ครั้ง/นาท วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระปกติ เกณฑ์การประเมิน 1. ถ่ายอุจจาระได้วันละ 1 ครั้ง 2. ลักษณะอุจจาระไม่แข็ง - ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่บ่นอึดอัดแน่นท้อง 3. คลำหน้าท้องไม่มี fecal impaction 4. Bowel sound 8-10 ครั้ง/นาท	-	5. จัดให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพื่อช่วยในการขับถ่าย และได้รับในปริมาณที่เพียงพอ ให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ หรือให้รับประทานน้ำผลไม้ที่มีกากใย 6.ฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้อง และมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆจนปวดหน้าท้องตามเข็มนาฬิกา ถ้ายังไม่ถ่ายอุจจาระ plan ล้างหรือเหน็บด้วยสบู่ 7.ดูแลพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ 8. ดูแลการได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml rate 80 ml /hr ตามแผนการรักษา 9. ดูแลการได้รับอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ อาหารฝึกลิ้นได้ 100ml และอาหารอ่อนตามแผนการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1 1. ไม่มีอาการท้องผูก สามารถถ่ายอุจจาระได้วันละ 1 ครั้ง 2. ลักษณะอุจจาระไม่แข็ง มีลักษณะนิ่ม สีเหลือง ไม่บ่นอึดอัดแน่นท้องขณะถ่ายอุจจาระ 3. คลำหน้าท้องไม่มี fecal impaction 4. Bowel sound 10 ครั้ง/นาท

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชายอายุ 52 ปี อาการสำคัญชักเกร็ง อ่อนแรงด้านซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วมคือ ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 10 ปี โรคความดันโลหิตสูง 3 ปี รับประทานเป็นประจำที่โรงพยาบาลชุมชน คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง มีประวัติการดื่มสุราต่อเนื่องมาประมาณ 20 ปี และหยุดดื่มต่อเนื่องประมาณ 5 ปี การตรวจร่างกายแรกพบ GCS E4V5M6 pupil 3mm RTLB, stiff neck negative Motor power left arm grade II, right arm grade IV left leg grade IV , right arm grade IV Left facial palsy แผนการรักษาของแพทย์คือ ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบภาวะ Hyperdense right MCA arterial sign, could be hyperacute right MCA cerebral infraction, Chronic cerebral infraction at left parieto No bleeding แพทย์มีแผนการรักษาคือ ให้ยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt-PA (0.9mg/kg) total dose =58.68 mg, 10% of total dose

bolus in 1 min =6 mg, 90% of total drip in 60 mins =52 mg ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 Stroke unit และหลังจากได้รับการรักษาด้วยการให้ยา rt-PA 24 ชั่วโมงได้รับการ ผล CT Scan Brain หลังได้รับยา rt-PA พบมีภาวะสมองขาดเลือดในตำแหน่งเดิมและมีภาวะ เลือดออกในสมอง บริเวณตำแหน่ง transformation at lentiform nucleus.III-defined hypodense lesion at right fronto-temporal lobe, right caudate head, right basal ganglion and right external capsule.พบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในไรฟีน ไม่ active bleed ร่วมกับมีขนาดด้านขวาบวมแดง ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะเพิ่ม ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการกลืนในเบื้องต้นด้านซ้ายเบี้ยว และมีปัญหาลิ้นแข็งพูดลำบาก แพทย์มีแผนการรักษาโดยส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในเรื่องการกลืน สามารถกลืนได้ไม่มีการสำลัก ในส่วนของปัญหาอ่อนแรงที่แขนและขา ด้านซ้ายได้รับการทำกายภาพบำบัดโดยมีแผนการรักษาด้วยการประคบ

ทีมของ Intermediate care ในการร่วมวางแผนจำหน่าย อาการผู้ป่วยดีขึ้น ประเมิน ADL 70 คะแนน แพทย์ให้จำหน่ายและนัดติดตามการรักษาต่อเนื่องที่คลินิก Stroke

กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยชายหญิง อายุ 72 ปี อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาคือ อ่อนแรงแขนด้านซ้าย ปากเบี้ยวด้านซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคความดันโลหิตสูง 5 ปี รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีภาวะสมองขาดเลือด ตรวจร่างกายแรกพบ GCS E4V5M6 pupil 3mm RTLB, stiff neck negative Motor power left grade IV, right grade V Left facial palsy ในด้านการรักษาแพทย์มีแผนการรักษา คือ ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ส่วนสมอง พบภาวะสมองขาดเลือด ร่วมกับภาวะสมองฝ่อเดิมของผู้ป่วย เมื่อประเมินคะแนน NISHSS 6 คะแนน ADL 100 คะแนน แผนการรักษาของแพทย์คือ ให้ยาในกลุ่ม ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ASA (300mg) 1 tab oral OD PC ร่วมกับยา Simvastatin (20mg) 1 tab oral hs, Folic acid (5mg) 1 tab oral OD PC ให้นอนสังเกตอาการทางสมองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 Stroke unit และส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเรื่องอ่อนแรงที่แขนและขาซ้าย และเรื่องของการกลืน อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ประเมิน ADL ก่อนจำหน่ายได้ 100 คะแนน แพทย์ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ในกรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยเข้ารับบริการซ้ำ ร่วมกับมีภาวะโรคร่วม แผนการรักษาของแพทย์คือ ให้การรักษาตามอาการและอาการแสดง บทบาทพยาบาลผู้ดูแลควรตระหนักถึงการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับอาการ FAST ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลได้ทันทั่วทั้งเพื่อลดความพิการและการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เป็นเพศชายแต่ในวัยที่ต่างกัน คือ วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบคือมีอาการอ่อนแรงที่แขนและขาซ้าย ร่วมกับมีใบหน้าด้านซ้ายเบี้ยว หลังจากตรวจร่างกายพบภาวะสมองขาดเลือดแต่เมื่อประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดพบสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยรายที่ 1 หลังการรักษาในรายที่ 1 พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา คือ มีภาวะเลือดออกในสมองทำให้ระยะเวลาในการรักษายาวนานมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ สูญเสียภาพลักษณ์ตามมาและการคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมไม่สามารถ

ปฏิบัติได้ตามปกติ ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ยังคงมีปัญหาอ่อนแรงที่แขนและขาซ้ายแต่สามารถทำกิจกรรมได้ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ขึ้นตอน การ Triage เบื้องต้นจากประวัติการเจ็บป่วย ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการรับประทานยาเดิม ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการแสดงทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการรณรงค์ใช้ระบบช่องทางด่วนของ 1669 แนวทาง "FAST" (Face, Arm, Speech, Time) ให้มากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาเองไม่ผ่านช่องทาง 1169 รณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจในอาการผิดปกติของระบบประสาท ประชาชนสามารถคัดกรองอาการเบื้องต้นรับรู้ถึงตามความรุนแรงของโรค และสามารถเข้ารับการรักษาทันทีทันเวลา
2. ควรรณรงค์ในผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วน และกลุ่มไม่ออกกำลังกาย เมื่อเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองต้องรีบมาโรงพยาบาล เพื่อรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและการเสียชีวิตที่อาจตามมา
3. ควรมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ผู้รับบริการในชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้ผู้รับบริการที่มีภาวะเลือดออกในสมอง เข้ารับบริการได้ทันทั่วทั้ง
4. ควรเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA เป็นการพัฒนาเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพิ่มการเข้าถึงบริการ
5. ควรมีการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลงสู่ชุมชนผ่านระบบ Intermediate care ทุกสายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการของสาธารณสุขได้รับบริการที่มีคุณภาพพร้อมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากการเจ็บป่วยหรือเกิดภาวะโรคหลอดเลือดในสมองซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2018). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*, 333(24),1581-7.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of



- death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 15; 380:2095-128.
- Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual report 2017 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2018 [cited 2019 Jun 15]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/NCD_Report60.pdf
- American Stroke Association.(2018) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10,2018, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
- สถาบันประสาทวิทยา กรมพยายาลโรครระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2560)แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
- ทัศนีย์ ดันดิฤทธิศักดิ์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:หจก.จีซีเคเอสพีรีนติ้ง. 2555.
- สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2560-2562. (อัดสำเนา)
- National Stroke Association, 2012