



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for continuous stroke patients in the community: 2 case studies

(Received: March 22,2023 ; Revised: March 22,2023 ; Accepted: March 26,2023)

ชญานิศ บุตรดี¹

Chatanis Buddee¹

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านนานกว่า 6 เดือน (Long Term Care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กรณีผู้ป่วยที่มีนักบริบาลชุมชนเข้าไปดูแลและที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแลเปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 จำหน่ายกลับบ้าน 8 สิงหาคม 2564 มีนักบริบาลชุมชนเข้าไปดูแลที่บ้าน วันละ 4 ชั่วโมงทุกวันช่วงเช้า ยกเว้นวันอาทิตย์ โดยทำกายภาพบำบัดตาม Individual Care Plan ที่ร่วมวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ผู้ป่วยยังพูดไม่ชัด on oxygen cannula และใส่สายสวนปัสสาวะ 4 มกราคม 2565 เริ่มฝึกถอด oxygen และสายสวนปัสสาวะ และเริ่มพูดสื่อสารพอเข้าใจ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ผู้ป่วยพูดชัดเจนขึ้น อารมณ์ดี และเริ่มหัดเดินโดยใช้ไม้เท้า 16-22 กรกฎาคม 2565 หกล้มจากหัดเดินคนเดียว ได้เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ สิงหาคม 2565 เดินออกได้ไกลขึ้น สามารถเรียกชื่อลูกได้ถูกต้อง ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เมื่อปี 2565 มาด้วยอาการซึมไม่พูด อ่อนแรงซีกขวา ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage รักษาโดยไม่ผ่าตัด ทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาลและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ แต่ครั้งนี้อาการอ่อนแรงไม่ดีขึ้น แขนขาซีกขวาอ่อนแรงระดับ 2 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย และได้เข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง นักบริบาลชุมชน

ABSTRACT

This study was studied of stroke patients after being discharged from the hospital and following up with continuous care at home for more than 6 months (Long Term Care). The study was conducted between 1 October 2021 - 31 December 2022. The objective was to Study nursing care for stroke patients in the community. In the case of patients who have community caregivers to take care of them and who do not have community caregivers to take care of them. Compare nursing according to the nursing process.

The study found that Case study 1 was discharged home on 8 August 2021. Community caregivers came to take care of him at home 4 hours a day, every morning. except Sunday By doing physical therapy according to the Individual Care Plan that is jointly planned for care by a multidisciplinary team. Ubonrat Dam Subdistrict The patient still cannot speak clearly on the oxygen cannula and the urinary catheter. 4 January 2022 began practicing removing the oxygen and urinary catheter. and began to speak and communicate enough to be understood During February 2022, the patient spoke more clearly, was in a better mood, and began learning to walk using a cane. July 16-22, 2022, fell from learning to walk alone. Was admitted to Ubonrat Hospital in August 2022 and was able to walk farther. Able to call the child's name correctly. case study 2 patient in 2022 came in with symptoms of being depressed and unable to speak. Right side weakness Sent for further treatment at Khon Kaen Hospital, diagnosed with basal ganglion hemorrhage, treated without surgery. Do physical therapy Control sugar levels and keep blood pressure levels within limits. But this time the weakness did not improve. Right limb weakness, level 2, patient stuck at home, bedridden There are frequent complications of infection. and entered into palliative treatment

Keywords: Stroke patients, community care worker

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke , Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และมะเร็ง จากรายงานของ WHO พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี โดยพบว่าเฉลี่ยทุก 6 วินาที มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน (นลินี พสุคันธภัก และ คณะ, 2559)* อัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองคือ ร้อยละ 11 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ วันที่กลับบ้าน จะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 หายใจได้เพียงปกติร้อยละ 25 พิการร้อยละ 70 ซึ่งอัตราความพิการจะน้อยลงตามลำดับเมื่อเวลาผ่านไป (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศิริราช,2559) ในกลุ่มที่เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยชนิดหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 7.9 โรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 3.4 และไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างเพศชาย และเพศหญิง (นกศรี สมิทรปัญญา, 2564) และในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต ยังพบความพิการหลงเหลืออยู่ (สมชาย ไทวงษ์ บุตร และคณะ, 2557) และเกิดความบกพร่องต่างๆ ด้านร่างกาย เช่นการเคลื่อนไหว การทรงตัว ประสาทการรับรู้ และการเรียนรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และปัญหาด้านครอบครัว และสังคม ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า ไม่พอใจในตนเอง และเป็นภาระ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (เพชรลดา จันทร์ศรี, วรวิษา สำราญเนตร, และ นิตยา กออิสรานูภาพ, 2564) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด อาจเกิดการอุดตัน หรือแตก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนที่แตกต่างกันไปเมื่อรอดชีวิต ซึ่งต้องการ

ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล นับตั้งแต่ระยะเกิดเหตุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต และฟื้นฟูสภาพได้เร็วที่สุด (วิมลพร ศรีโชติ และ คณะ, 2564) นอกจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลต่อเนื่องแล้ว ยังต้องการการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าคนปกติ และอัตราการเสียชีวิตเมื่อเป็นซ้ำครั้งที่สอง พบสูงถึง ร้อยละ 56.2 และ อัตราการเสียชีวิตเมื่อเกิดเป็นซ้ำครั้งที่ 3 สูงถึงร้อยละ 80 ระยะเวลาที่เกิดเป็นซ้ำพบได้ตั้งแต่ภายใน 1-5 ปี (สมศักดิ์ เทียมเก่า,2554) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลหลายด้าน ได้แก่ 1.ระยะเกิดเหตุการณ์และวินิจฉัย ต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ 2. ระยะอาการคงที่ ต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และการฝึกทักษะ 3. ระยะก่อนจำหน่าย ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์การฝึกทักษะและการประเมินค่า 4. ระยะการปฏิบัติดูแลที่บ้านต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ การฝึกทักษะ การประเมินค่า (วิมลพร ศรีโชติ และ คณะ, 2564) ซึ่งบุคคลในครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เมื่ออยู่ในระยะฟื้นฟู การฟื้นฟูสมรรถนะ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความพิการ ลดการเสียชีวิต ลดผลกระทบต่อผู้ดูแล แต่การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า ขาดความสามารถด้านทักษะการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ขาดการควบคุมอารมณ์เมื่อเจอสถานการณ์ไม่คาดคิด (เพชรลดา จันทร์ศรี,วรณวิษา สำราญเนตร และ นิตยา กออิสรานูภาพ, 2564 อ้างถึงใน พิมพ์ชนก ปานทอง และธนิศา ผาติเสนะ,2561)

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ที่เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ F2 ตั้งแต่ปี 2563-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 53, 68



และ 71 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการหลงเหลือ จำนวน 38, 20 และ 12 ราย ตามลำดับ เสียชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,4 และ 2 รายตามลำดับ (รายงานเวชระเบียน, 2563-2565) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีหน้าที่ในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภออุบลรัตน์ ตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วยโรงพยาบาลอุบลรัตน์ได้ริเริ่มโครงการผลิตนักบริบาลชุมชน เมื่อปี 2562 เป็นต้นมา โดยบทบาทนักบริบาลชุมชน มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 1 นักบริบาล : 1 หมู่บ้าน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดบ้านติดเตียงด้วย จึงได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย ที่มีนักบริบาลชุมชนมีส่วนร่วมให้บริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน มีการจัดตารางการเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกสัปดาห์ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาคาดหวังว่าเอกสารชุดนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชน และมีทีมสุขภาพร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีนักบริบาลชุมชนดูแลและที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแลเปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลการจัดการรายกรณี

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่า 6 เดือน (Long Term Care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2565

วิธีการศึกษา

- 1.ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์
- 2.ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
4. ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
5. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนานมากกว่า 6 เดือน
6. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล
 - 6.1 การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบรวบรวม
 - 6.2 ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล โดยให้การดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนแบบญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษา และพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ และการฟื้นฟูสภาพโดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
 - 6.3 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล
 - 6.4 การติดตามประเมินผล
7. สรุปผลการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ชายอายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่3 สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง รายได้ 60,000 บาท/ปี รายได้เพียงพอกับรายจ่าย เป็นหัวหน้าครอบครัวและหารายได้เลี้ยงสมาชิกในครอบครัว มีรายได้เสริมจากกรรยาปลูกผักขาย มีบุตร 2 คน สูบบุหรี่และดื่มสุรา	ชายอายุ 49 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่3 สถานภาพสมรสหย่า อาชีพเกษตรกรกรรม รายได้ 30,000 บาท/ปี รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย อาศัยการดูแลช่วยเหลือจากแม่ที่เป็นข้าราชการเกษียณอายุราชการ มีบุตร 2 คน เป็นชายหนุ่มเจ้าสำราญ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา

วิเคราะห์

ข้อมูลส่วนบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่อง อาชีพ รายได้ และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัวสูงเกิดภาวะเครียด อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีนักบริหารชุมชนดูแล ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นภาระให้แม่ดูแลเนื่องจากสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ไม่มีนักบริหารชุมชนดูแล

ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>- การวินิจฉัยโรค : essential hypertension with hemorrhagic stroke</p> <p>-เป็นความดันโลหิตสูงมา 3 ปี ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เนื่องจากไม่รับประทานยาตามแผนรักษาของแพทย์</p> <p>-เป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่กับ และบุตร 2 คน ครอบครัวอบอุ่นรักใคร่กลมเกลียวกันดี</p> <p>-มิถุนายน 2563 เริ่มต้นรักษาด้วย amlodipine(5) กินวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า 1 เดือน ต่อมาควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จึงปรับเพิ่มเป็น 1 เม็ดสองเวลา หลังอาหาร เช้าและเย็น</p> <p>-30 ตุลาคม 2563 มาด้วย ซึม ไม่พูด ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วินิจฉัย left basal ganglion hemorrhage ได้รักษาโดยการผ่าตัด left craniotomy with clot removal 31 ตุลาคม 2563</p> <p>-หลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจนานจึงได้เจาะคอ 6 พฤศจิกายน 2563</p> <p>-นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 30 ตุลาคม 2563 – 9 พฤศจิกายน 2563 ก่อนส่งตัวกลับ Glasgow coma score E3-4V3M5, right motor power grade 3 left grade 4, on oxygen collar mask ส่งตัวกลับมากายภาพบำบัดต่อที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์</p> <p>-นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ 9 – 18 พฤศจิกายน 2563 สามารถถอดออกซิเจนได้ ตื่นดีทำตามคำสั่งได้ ยังมีอ่อนแรงเท่าเดิม นอนติดเตียงให้อาหารทางสายยาง และใส่สวนปัสสาวะ หลัง D/C ทำ Home program กายภาพที่บ้าน</p>	<p>- การวินิจฉัยโรค : diabetes mellitus type2, essential hypertension, ischemic stroke with hemorrhagic stroke</p> <p>-เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 8 ปี ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อปี 2558</p> <p>-อาศัยอยู่กับมารดา 2 คน มารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน แต่ควบคุมได้ดี ได้หย่าร้างกับภรรยาจากความเจ้าชู้ของสามี</p> <p>-ยาที่ได้รับได้แก่ metformin(500) กินวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, amlodipine(5) กินวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, enalapril(5) กินวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า</p> <p>-ปฏิเสธแพ้ยา/แพ้อาหาร</p> <p>-ปฏิเสธการผ่าตัด/อุบัติเหตุ</p> <p>-6 เมษายน 2558 มาด้วยอาการ ปากเปี้ยว เดินเซ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย Ischemic stroke</p> <p>-มียากินประจำเพิ่มเป็น aspirin(81) กินวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, simvastatin(20) กิน 1 เม็ด ก่อนนอน</p> <p>-7 เมษายน 2558 รับกลับจากรับกลับจากโรงพยาบาลขอนแก่น นอนรักษาตัวต่อที่บ้าน</p>

<p>-กรกฎาคม 2564 หลังถอดท่อที่คอและสายให้อาหาร เริ่มพูดได้แต่ยังพูดไม่ชัด เริ่มลุกนั่งและหัดเดิน ยาที่กินประจำได้แก่ enalapril, simvastatin, folic, vitamin B complex</p> <p>-30 กรกฎาคม 2564 มาด้วยอาการชักเกร็ง ตาค้าง Glasgow coma score E4V2M5 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย epilepsy แพทย์ได้เพิ่มยากันชัก phenytoin และ clonazepam</p> <p>-1 สิงหาคม 2564 รับกลับจากโรงพยาบาลขอนแก่น นอนรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำหน่ายกลับบ้าน 8 สิงหาคม 2564</p> <p>-กันยายน 2564 มีนักบริบาลชุมชน เข้าไปดูแลที่บ้าน วันละ 4 ชั่วโมงทุกวันช่วงเช้า ยกเว้นวันอาทิตย์ โดยทำกายภาพบำบัดตาม Individual Care Plan ที่ร่วมวางแผนการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ผู้ป่วยยังพูดไม่ชัด on oxygen cannula และใส่สวนปัสสาวะ</p> <p>-4 มกราคม 2565 เริ่มฝึกถอด oxygen และสายสวนปัสสาวะ และเริ่มพูดสื่อสารได้พอเข้าใจ</p> <p>-กุมภาพันธ์ 2565 ผู้ป่วยยังพูดชัดขึ้น อารมณ์ดี และเริ่มหัดเดินโดยใช้ไม้เท้า</p> <p>-16 – 22 กรกฎาคม 2565 หล้มจากการหัดเดินคนเดียว ได้ไปนอนรักษาในโรงพยาบาลอุบลรัตน์</p> <p>-สิงหาคม 2565 เดินออกนอกบ้านได้ไกลขึ้น เรียกชื่อลูกได้</p> <p>-ธันวาคม 2565 ร้องเพลงให้ทีมสหสาขาวิชาชีพฟังเดินได้เอง โดยไม่ใช้ไม้เท้าพยุงเดิน อารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส</p>	<p>โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำหน่ายกลับบ้าน 9 เมษายน 2558</p> <p>-อาการปากเปี้ยวและอ่อนแรงตีขึ้นใกล้เคียงปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้</p> <p>-ปี2561 และ 2562 มีประวัติขาดนัดทั้งปี</p> <p>-ปี2563 คุณระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้</p> <p>-ปี 2563 มาด้วยอาการ ไม่พูด แขนข้างขวาอ่อนแรง ส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage รักษาโดยการไม่ผ่าตัด ทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ต่อมาฟื้นฟูสภาพกลับมาเกือบปกติสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้</p> <p>-ปี 2564 มาด้วยอาการซึม ไม่พูด อ่อนแรงซีกขวา ส่งตัวไปโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage ผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบประคับประคองไม่ยินยอมผ่าตัด ได้รับการทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาลและควบคุมความดันโลหิตโดยใช้ยาให้อยู่ในเกณฑ์ แต่ครั้งนี้อาการอ่อนแรงไม่ดีขึ้น แขนขาซีกขวาอ่อนแรงระดับ 2</p> <p>-ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย และได้เข้าสู่อการรักษาแบบประคับประคอง</p> <p><u>หมายเหตุ</u> ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน 6 มกราคม 2565 วินิจฉัยสาเหตุการตาย Hemorrhagic stroke</p>
---	--

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีโรคประจำตัวกลุ่ม metabolic disease และมีภาวะแทรกซ้อนเป็น โรคหลอดเลือดสมองเหมือนกัน ได้รับการดูแลรักษาตามหลักวิชาการทั้งการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม การกลับมาฟื้นฟูด้วยการทำกายภาพบำบัด การควบคุมโรคประจำตัวด้วยการเยี่ยมบ้าน การมาติดตามการรักษาตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานเหมือนกัน แต่มีข้อแตกต่างตรงที่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มี

ภรรยาและบุตรดูแลเอาใจใส่ดี คอยให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด อยู่ในพื้นที่ที่มีนักบริบาลชุมชนดูแล โดยนักบริบาลชุมชน มีบทบาทหน้าที่เสริมสร้างกำลังใจ และฝึกทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกวัน ให้การดูแลความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและน่าอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเป็นลำดับจนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ข้อมูลการประเมินลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<p>-ก่อนเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สูบบุหรี่จัด และดื่มสุรา สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง</p> <p>-รับประทานอาหารรสจัด</p> <p>-ไม่ออกกำลังกาย</p> <p>-หลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>-ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้</p> <p>-มีความวิตกกังวลกับโรคที่เป็น แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p> <p>-มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเองให้กลับมาปกติ หรือใกล้เคียงปกติ</p> <p>-มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการฝึกเดิน</p> <p>-รับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ดี</p> <p>-ควบคุมความดันโลหิตได้ดี</p> <p>-ภรรยาและบุตรให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด</p> <p>-ภรรยาบริหารจัดการด้านรายได้ได้ดี มีรายได้จากการปลูกผักขาย</p> <p>-นักบริบาลชุมชนเข้ามาร่วมช่วยดูแล สัปดาห์ละ 6 วัน วันละ 4 ชั่วโมง ยกเว้นวันอาทิตย์ ตั้งแต่ กันยายน 2564</p> <p>-ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ เดือนละ 1 ครั้ง</p>	<p>-ผู้ดูแลคือมารดาที่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว</p> <p>ครอบครัวแตกแยก ภรรยาและบุตรย้ายไปอยู่บ้านของตนเองที่อยู่หมู่บ้านอื่น ผู้ป่วยไม่ค่อยดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในหมู่บ้านที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแล</p> <p>-ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและสามารถประกอบอาชีพได้</p> <p>-มีความวิตกกังวล ประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไรบางครั้ง</p> <p>-ชอบรับประทานอาหารรสจัด</p> <p>-ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย</p> <p>-ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้</p> <p>-ขาดนัดเป็นประจำ</p> <p>-หลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง รอบแรกการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้</p> <p>-ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง</p> <p>-มีความเครียดและวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยสูง</p> <p>-มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากยังมีอาการอ่อนแรงขาขวา</p> <p>-ผู้ดูแลหลักเป็นมารดา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุและเป็นโรคเบาหวาน มีญาติข้างบ้านมาช่วยดูแลด้านอาการ</p> <p>-ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ เดือนละ 1-2 เดือน/ครั้ง</p>

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

กรณีศึกษา รายที่ 1 มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่จัด การดื่มสุรา และการไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบกับมีดัชนีมวลกาย (BMI25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ไม่ค่อยออกกำลังกาย และชอบรับประทานอาหารรสจัด มีความวิตกกังวลจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

แบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ผู้ป่วยนอนประมาณ 6-8 ชั่วโมง (22.00-04.00น.) ปัสสาวะสีเหลืองใส วันละ 6 - 7 ครั้ง</p> <p>อุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีปัญหาเรื่องขับถ่าย</p> <p>รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ ส่วนใหญ่เป็นอาหาร</p>	<p>ผู้ป่วยนอนประมาณ 6-8 ชั่วโมง (23.00-05.00น.)</p> <p>ปัสสาวะสีเหลืองใส วันละ 4-5 ครั้ง อุจจาระ วันละ 1 ครั้ง</p> <p>รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา บางวันทาน 2 มื้อ ส่วนใหญ่ซื้ออาหารปรุงสำเร็จตามร้านค้า เนื่องจากอาศัยกับมารดา 2</p>

กรณีศึกษา รายที่ 2 มีความวิตกกังวลและความเครียดกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเองมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากความใส่ใจในการปฏิบัติตนเอง ขาดนัดเป็นประจำและขาดกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุและป่วยเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องและทดแรงกระตุ้นในการทำกายภาพบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำถึง 3 ครั้ง



<p>พื้นที่บ้านที่ภรรยาปรุงอาหารให้ มีทานอาหารรสจัดบางครั้ง รับประทานอาหาร น้ำหนัก 76 กิโลกรัม ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ มีตีหมาแพบางครั้ง ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะทำงานรับจ้างใช้แรงงานแล้ว เป็นคนอารมณ์เย็น ใจดี ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกันดี รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ไม่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีความกังวลบางครั้งเกี่ยวกับความดันสูงเมื่อมาตรวจตามนัด</p>	<p>คน ผู้ป่วยหย่าร้างกับภรรยา มีบุตร 2 คน ไม่ได้ดูแลบุตร บุตรอยู่กับภรรยาที่หย่าร้าง รายได้ส่วนใหญ่มาจากมารดาที่เป็นข้าราชการครูเกษียณ เพียงพอต่อรายจ่ายภายในครอบครัว ไม่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ตามเทศกาล งานบุญ ดื่มโอเลี้ยงทุกวัน ผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ดี สนุกสนาน เจ้าสำราญ มีเพื่อนมาก รับรู้ว่าตัวเองเจ็บป่วยมีโรคประจำตัว บางครั้งปฏิบัติตัว ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น เพราะไม่ได้มีอาการผิดปกติใดๆ</p>
--	---

วิเคราะห์

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ความคิดเห็นในการปฏิบัติตัวต่อภาวะโรคที่เป็นและเรื่องของความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>-รูปร่างท้วม น้ำหนัก ๗๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย(BMI) ๒๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>-ผิวหนัง: ดำแดง ไม่มีรอยสัก</p> <p>-ศีรษะ: ผลเป็นจากการผ่าตัดสมองซีกซ้าย</p> <p>-ตา: ตาขมามองเห็นปกติ ตาซ้ายมองเห็นชัดแต่จะเห็นภาพซ้อน</p> <p>-จมูก: ได้กลิ่นปกติ ไม่มีการอักเสบหรือสิ่งคัดหลั่งภายในจมูก</p> <p>-ปาก: ไม่มีฟันปลอม ฟันหน้าหลุด ไม่มีฟันผุ</p> <p>-คอ: ผลเป็นบริเวณคอหอยจากการเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>-ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติ เสียงการหายใจปกติเท่ากันสองข้าง</p> <p>-ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๗๔ ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur</p> <p>-ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีแผลผ่าตัด ไม่มีก้อนูนูน ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ ๑๐ ครั้งต่อนาที คลำท้องนุ่มดี ไม่มีอาการปวด ไม่พบก้อน</p> <p>-ระบบประสาท: ตื่นดีถามตอบรู้เรื่อง มีพูดไม่ชัด Glasgow coma score E4V5M6, มีอ่อนแรงด้านขวา motor power grade 4 เดินโดยใช้ไม้เท้าพยุง, ผิวหนังรับความรู้สึกปกติ</p> <p>-ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์: คลำไม่พบไต เคาะบริเวณ costovertebral angle ไม่มีอาการปวด สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด</p> <p>-ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: ไม่มีข้อติด อ่อนแรงซีกขวาเดินโดยใช้ไม้เท้าพยุง</p>	<p>-รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก ๖๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย(BMI) ๑๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที</p> <p>ความดันโลหิต ๑๔๑/๑๐๓ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>-ผิวหนัง: ดำแดง ไม่มีรอยสัก</p> <p>-ศีรษะ: มีความสมมาตรทั้งสองข้าง ขนาดปกติ</p> <p>-ตา: มองเห็นแต่ไม่ชัดทั้งสองข้าง เริ่มมีต้อกระจก</p> <p>-จมูก: ได้กลิ่นปกติ ไม่มีการอักเสบหรือสิ่งคัดหลั่งภายในจมูก</p> <p>-ปาก: ไม่มีฟันปลอม ฟันอยู่ครบ ไม่มีฟันผุ</p> <p>-คอ: ต่อมไทรอยด์ปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโตผิดปกติ</p> <p>-ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติ เสียงการหายใจปกติเท่ากันสองข้าง</p> <p>-ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๘๒ ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur</p> <p>-ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีแผลผ่าตัด ไม่มีก้อนูนูน ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ ๘ ครั้งต่อนาที คลำท้องนุ่มดี ไม่มีอาการปวด ไม่พบก้อน</p> <p>-ระบบประสาท: ง่วงซึมถามตอบพอได้ Glasgow coma score E3V4M6, มีอ่อนแรงด้านขวา motor power grade 2 นอนติดเตียง, ผิวหนังรับความรู้สึกปกติ</p> <p>-ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์: คลำไม่พบไต เคาะบริเวณ costovertebral angle ไม่มีอาการปวด สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด</p> <p>-ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: เริ่มมีข้อติดที่ข้อศอกด้านขวา และข้อเข่าด้านขวา อ่อนแรงซีกขวานอนติดเตียง</p>

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะท่วม ความดันโลหิตสูง มีแผลเป็นที่ศีรษะและคอหอยจากการผ่าตัดสมองและเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ ระบบประสาทอ่อนแรงซีกขวาเดินได้โดยใช้ไม้พยุง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระบบประสาทอ่อนแรงซีกขวา นอนติดเตียง มีข้อติด ภาวะข้อติดบ่งบอกว่าการทำกายภาพไม่สม่ำเสมอ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1			ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
Triglyceride (<200mg/dl)		68	82	422		250
LDL-cholesterol (<=130 mg/dl)		82	55	109		97
Glucose (70-115 mg/dl)				274		176
Hb A1C (4.0-6.5%)				11.12		7.83
Microalbumin (<30 :Negative)				Positive		Positive
eGFR (>90ml/min/1.73)		53.74	76.69	82.58	62.33	56.70
Creatinine(0.67-1.17mg/dl)		1.53	1.14	1.06	1.33	1.43
Uric acid (2.6-6.0 mg/dl)	9.7	7				
Hb (M : 13.0-17.0 g/dl)	16.6	13.4	11.5			14.9
Hct (M : 38-50%)	49	40	33			45.1

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระดับ Triglyceride ในเลือดสูง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระดับ Triglyceride ในเลือดอยู่ในระดับปกติ

แผนการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
Amlodipine(5) 1*1 po.pc	NPH 10 unit sc at 21.00 PM
Enalapril(5) 1*1 po.pc	Hydralazine(25) 2*2 po.pc
Simvastatin(20) 1*hs	Losartan(50) 1*2 po.pc
Vitamin B complex 1*1 po.pc	Amlodipine(5) 2*1 po.pc
Phenytoin(100) 1*3 po.pc	Simvastatin(20) 1*hs
Clonazepam(2) 1*1 po.pc	
ทำกายภาพฝึกพูด	เยี่ยมบ้าน สอนญาติทำกายภาพ
ฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน และงานบ้าน	ลงทะเบียน Palliative care
ฝึกอาชีพ	Advance care plan; no ETT, no CPR, place of dead at home

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคลมชัก

ด้วยยาเกิน การรักษาเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสภาพ

ร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ควบคุม



โรคเบาหวานด้วยยาฉีด โรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองด้วยยาเกิน มีการรักษาเป็นแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่ทรมาน ลดภาวะแทรกซ้อนใหม่ๆที่จะเกิดขึ้นและให้ผู้ป่วยและญาติเตรียมพร้อมวางแผนจัดการเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ผู้ศึกษานำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา มาวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาล ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษามีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ มีความแตกต่างกันในเรื่อง ภาวะเสี่ยง/

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลต่อปัญหาความเจ็บป่วยและปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อ ได้กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกการปฏิบัติการดูแล ติดตามเฝ้าระวัง ภาวะสุขภาพ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ญาติ พยาบาล ชุมชนประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุน/ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง 2. เสี่ยงต่อการล้มเนื่องจากกลืนลำบาก 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตกหกล้มเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกขวา 4. การเคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกขวา 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากใส่สายสวนปัสสาวะ 6. ผู้ป่วยมีภาวะเครียดเนื่องจากการสื่อสารทางวาจา การพูดช้า และสื่อสารได้ไม่ชัดเจน 7. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย/ความเป็นอยู่ของครอบครัวเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้เหมือนเดิม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. เสี่ยงต่อการล้มเนื่องจากกลืนลำบาก 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตกหกล้มเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกขวา 4. การเคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกขวา 5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 6. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและด้อยคุณค่าในตนเองคิดทำร้ายตัวเอง 7. ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ขาดกำลังใจ ขาดผู้กระตุ้นให้ออกกำลังกายเนื่องจากอยู่กับแม่ที่เป็นผู้สูงอายุและป่วยเป็นเบาหวาน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 47 ปี เป็นโรคเบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาปี 2563 รับประทานยารักษาที่ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ Amlodipine(5) ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงได้เพิ่มเป็น 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร เช้าและเย็น 30 ตุลาคม 2563 มาโรงพยาบาลด้วย ซึม ไม่พูด ได้

ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วินิจฉัยเป็น Left basal ganglion hemorrhage ได้รักษาโดยการผ่าตัด Left craniotomy with removal ได้รับการดูแลตั้งแต่นั้น จนถึง 1 กรกฎาคม 2565 รวมระยะ 273 วัน จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำสั่งได้ ยังมีแขนขาอ่อนแรงเท่าเดิม นอนติดเตียง ให้อาหารทางสายยาง และใส่สายสวนปัสสาวะ หลังทำจำหน่ายทำ

Home program ภายภาคต่อที่บ้าน และกลับมา 1 สิงหาคม 2564 รับกลับจากโรงพยาบาลขอนแก่น นอนรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำหน่ายกลับบ้าน 8 สิงหาคม 2564 กันยายน 2564 มีนักบริบาลชุมชน เข้าไปดูแลที่บ้าน วันละ 4 ชั่วโมงทุกวันช่วงเช้า ยกเว้นวันอาทิตย์ โดยทำกายภาพบำบัดตาม Individual Care Plan ที่ร่วมวางแผนการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ผู้ป่วยยังพูดไม่ชัด on oxygen cannula และใส่สวนปัสสาวะ 4 มกราคม 2564 เริ่มฝึกถอด oxygen และสายสวนปัสสาวะ และเริ่มพูดสื่อสารได้พอเข้าใจ กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ป่วยยังพูดชัดขึ้น อารมณ์ดี และเริ่มหัดเดินโดยใช้ไม้เท้า 16 – 22 กรกฎาคม 2565 หกล้มจากการหัดเดินคนเดียว ได้ไปนอนรักษาในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ สิงหาคม 2565 เดินออกนอกบ้านได้ไกลขึ้น สามารถเรียกชื่อลูกได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2

ผู้ ป ว ย diabetes mellitus type2, essential hypertension, ischemic stroke with hemorrhagic stroke ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2558 ญาตินำตัวเข้ารับการรักษาด้วยอาการ ปากเบี้ยว เดินเซ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke ส่งรักษาต่อต่อมาวันที่ 7 เมษายน 2558 รับกลับจากโรงพยาบาลขอนแก่น นอนรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำหน่ายกลับบ้าน 9 เมษายน 2558 ผู้ป่วยยังมีอาการปากเบี้ยวและอ่อนแรงดีขึ้นใกล้เคียงปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้ ปี 2561- 2562 มีประวัติขาดนัด ปี 2563 คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ปี 2564 มาด้วยอาการ ไม่พูด แขนข้างขวาอ่อนแรง ส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage รักษาโดยการไม่ผ่าตัด ทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ต่อมาฟื้นฟูสภาพกลับมาเกือบปกติสามารถทำ

กิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้ ปี 2565 มาด้วยอาการซึม ไม่พูด อ่อนแรงซีกขวา ส่งตัวไปโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage รักษาโดยการไม่ผ่าตัด ทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ แต่ครั้งนี้อาการอ่อนแรงไม่ดีขึ้น แขนขาซีกขวาอ่อนแรงระดับ 2 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย และได้เข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่เลี้ยงสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน และเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก โดยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีอุบัติการณ์สูงกว่าหลอดเลือดสมองแตก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติและพันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มารับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้น อย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลง ไปของอวัยวะ เช่น ใบหน้า แขน ขา ทั้งสองด้านของ

ร่างกาย ร่วมกับมีอาการ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก พูดไม่ชัด จับใจความไม่ได้หรือเดินเซ จะเห็นได้ว่า เป้าหมายของการรักษาส่วนใหญ่เป็นเป้าหมายที่มุ่งเน้นระยะเวลาที่เกิดขึ้นตามกระบวนการ ภายในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาภาวะสมองขาดเลือดในปัจจุบัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงการได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง ตั้งแต่ปรากฏอาการ จะมีโอกาสได้รับการรักษาด้วย rtPA และมีโอกาสหายหรือดีขึ้นได้มาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาของการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 คือ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงการขอความช่วยเหลือ โดยการ

เรียกรถเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ระยะที่ 2 คือ ระยะเวลาตั้งแต่รถออกจากสถานที่ที่เกิดอาการ สิ้นสุดที่ห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลที่สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้ และระยะที่ 3 คือ ระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองที่แผนก ฉุกเฉินจนถึงการได้รับการรักษา 1 ในแต่ละระยะมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับ การรักษาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหรือหลังจาก ระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ จากการศึกษาที่ผ่าน มาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการมารับการรักษาช้ากว่าระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ซึ่งหมายถึง ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ของการมารับการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- 1.กันยา อ้อยสี. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 2.Clinical practice guideline : การจัดทำและนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด
- 3.เตือนใจ รัฐวงศ์. (2545). ผลการใช้แผนคัดกรองภาวะกลืนลำบากกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 4.นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- 5.พูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 6.สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- 7.Adums, H. P., Adums, R. J., Brott, T., del Zopp, G. J., Furlan, A., Goldstein, L. B., et al. (2003). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A scientific statement form the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke, 34, 1056-1083.
- 8.Adums, H., Adums, R., Zoppo, G. D., & Goldstein, L. B. (2005). Guideline for the early management of pateints with ischemic stroke. Retrieved November 2, 2006, from <http://www.heart and stroke.org>
- 9.Adums, H., P., Brott, T. G., Crowell, R. M. Furlan, A. J., Gomez, C. R., Grotta, J., et al. (1994).
- 10.Guidelines for the management of patients with ischemic stroke: A statement for healthcare professionals from a special writing group of the stroke council, American Heart and Association. Stroke, 25, 1901-1914.
- 11.American Stroke Association. Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic

- Stroke. [serial online] 2013 Jan. [cited 2013 Jan 2016] ; 44(3) : 870-947
12. Alberts, M. J., & Easton, J. D. (2004). Stroke best practices: A team approach to evidence-based care. Supplement to the Journal of the National Medical Association, 96(4).
 13. Ayello, E., & Braden, B. (2001). Why is pressure ulcer risk assessment so important? Advance In Skin & Wound Care, 31(11), 74-80.
 14. Connolly, M. J. (2004). Age relate change in the respiratory system. In R. C. Tallis & H. M. Fillit (Eds.), Brocklehurst's text book of geriatric medicine and gerontology (6th ed., pp. 289-292). London: Churehill Living Stone.
 15. Erbay, R. H., Yalcin, A. N., Zencir, M., Serin, S., & Ataley, H. (2004). Cost and risk factors for ventilator-associated pneumonia in a Turkish university hospital's intensive care unit: A case-control study. BMC Pulmonary Medicine, 4(1), 3.
 16. European Stroke Initiative. (2003). Reccomendations for stroke management. European Journal of Neurology, 7, 607-623.
 17. Fulgham, R. J., Ingall, J. T., Stead, G. L., Cloft, J. H., Wijdicks, F. M. E., & Flemming, D. K. (2004). Management of acute ischemic stroke. Mayo Clinic Journal, 79(1), 1459-1469.
 18. Hacke, W., Kaste, M., Olsen, T. S., Orgogozo, J. M., & Bogouslavsky, J. (2003). European stroke initiative recommendation for stroke management. European Journal of Neurology, 7, 607-623.
 19. Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2001). Management of acute stroke [Electronic version]. Retrieved December 12, 2006, from [tp://www.heartandstroke.ca/profed.html](http://www.heartandstroke.ca/profed.html)
 20. Hickey, J. V., & Hock, N. H. (2003). The clinical practice of neurological and neurological nursing (5th ed., pp. 559-587). Philadelphia: Lippincott.
 21. Jamer, F. M. (2000). Management of acute ischemic stroke. Postgraduate Medicine, 107(6), 85-93.
 22. Josephson, L. (2004). Management of increased intracranial pressure: A primer for the non-neuro critical care nurse. Dimensions of Critical Care Nursing, 23(5).
 23. Kernich, C. A. (2001). Management of clients with stroke. In J. M. Black, J. H. Hawks, & A. Kneene (Eds.), Medical surgical nursing (6th ed., pp. 1953-1981). Philadephia: W.B. Saunders.
 25. Moore, K. N., Day, R. A., & Albers, M. (2002). Pathogenesis of urinary tract infections: A review. Journal of clinical Nursing, 11, 568-574.
 26. National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. (1995). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. Neurology England Journal Medicine, 333, 1581-1587.
 27. Parsons, M. W., Barber, A., Desmond, P. M., Baird, T. A., Darby, D. G., Bymes, G., et al. (2002). Acute hyperglycemia adversely affects stroke outcome: A magnetic resonance imaging and spectroscopy study. Annals of Neurology, 52, 20-28.
 28. Registered Nurses Association of Ontario. (2002). Toolkit implementation of clinical practice guideline. Toronto, Canada. Retrieved December 14, 2006, from [www.http://www.rnao.org](http://www.rnao.org)
 29. Ring, N., Malcolm, C., Coll, A., Murphy-Black, T. & Walterson, A. (2005). Nursing best practice Statement: An exploration of their implement in clinical practice. Journal of clinical Nursing, 14, 1048-1049.



30. Rowat, A. M., Dennis, M. S., & Wardlow, J. M. (2006). Hypoxemia in acute stroke is frequent and worsens outcome. *Cerebrovascular Diseases Basel*, 21(3), 166.
31. Soukup, SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America* 2000 : 35(2), 301-309
32. Stott, D. J., Falconer, A., Miller, H., Tilston, J. C., & Langhorne, P. (2009). Urinary tract infection after stroke. *An International Journal of Medicine*, 102(4), 243-253.
33. Yilmaz, G. R., Cevik, M. A., Erdinc, F. S., Ucler, S., Tulek, N. (2001). The risk factors for infections acquired by cerebral hemorrhage and cerebral infarct patients in a neurology intensive care unit in Turkey. *Japanese Journal Infectious diseases*, 60(2-3), 87-91