

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with Hemorrhagic Stroke in the critical stage Kalasin Hospital : 2 Case Studies

(Received: June 8,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

วารุณี เข้มลา¹

Varunee Khemla¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษา 2 รายและเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 40 ปี การวินิจฉัย Basal ganglion Hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ ซึมลง แขนและขาด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ขาดการเข้าตรวจตามนัด ระดับความรู้สึกตัวแรกรับ Glasgow comascore(GCS) E3VTM5 Motor power left grade V right grade 0 รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง พบปัญหาขณะดูแล ได้แก่ ภาวะ Acute respiratory failure, Hypertension, Hypokalemia ปัญหาการเคลื่อนไหวบกพร่อง หลังรับการรักษาผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 44 ปี การวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ แขน ขา อ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ซึมลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E2VTM5 Motor power left grade III right grade V รับการรักษาด้วยการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และวางแผนผ่าตัดสมอง ญาติปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองไม่กตณวดหัวใจ เลือกรับการรักษาแบบประคับประคองต้องการให้ผู้ป่วยตายดี ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและมีภาวะสมองตาย แพทย์ได้แจ้งอาการให้ญาติผู้ป่วยรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา และให้ข้อมูลการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายให้ญาติรับทราบ ญาติตัดสินใจบริจาคอวัยวะทุกส่วนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองแตก, ระยะวิกฤต, การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

This study was case study. The objective is to study and compare nursing diagnoses. Nursing and nursing outcomes in patients with hemorrhagic stroke. Two case studies and to develop nursing guidelines for patients with hemorrhagic stroke Kalasin Hospital.

Results: Case study number 1, Thai woman, age 40 years, diagnosed with Basal ganglion hemorrhage, admitted for treatment with symptoms of lethargy, weakness in the right arm and leg. Had it 4 hours before coming to the hospital, history of co-morbidities high blood pressure Not taking medicine continuously, stopping medicine on your own, missing regular check-ups The first feeling level received Glasgow. comascore(GCS) E3VTM5 Motor power left grade V right grade 0 treated with brain surgery Craniectomy with remove clot and control high blood pressure. Problems encountered during care include Acute respiratory failure, Hypertension, Hypokalemia, and impaired movement problems. After

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

receiving treatment, the patient is safe from complications of the disease. The patient's condition gradually improved. Sold by a licensed doctor.

Case study number 2, Thai man, 44 years old, diagnosed with Intracerebral hemorrhage, admitted for treatment with symptoms of arm and leg weakness on the left side, distorted mouth, slurred speech, lethargy, symptoms of this occurring 2 hours before coming to the hospital, denying any underlying disease. Have a history of smoking and drinking alcohol Level of consciousness Glasgow comascore (GCS) E2VTM5 Motor power left grade III right grade V Received treatment to control high blood pressure and planned brain surgery. Relatives refused treatment with brain surgery and heart massage. Selecting palliative treatment requires the patient to die well. The patient deteriorated and became brain dead. The doctor informed the patient's relatives of the change in symptoms and the treatment plan and provided information about organ donation in patients with brain death to the relatives. Relatives decided to donate every part of their organs that could be used to the Thai Red Cross Organ Donation Center in his last days of life.

Keywords: hemorrhagic stroke, critical period, nursing care for hemorrhagic stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในสมองทำให้มีเลือดในสมอง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความรุนแรงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง จากข้อมูล World Stroke Organization ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกรายใหม่ 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก 3 ล้านกว่าคนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกในปี พ.ศ. 2563-2565 พบ 87 .63, 92.06 และ 88.38 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 26.65 27.43 และ 27.58 ตามลำดับ² พบผู้ป่วยมีแนวโน้มของผู้รับบริการและอัตราการตายสูงขึ้น ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีทั้งรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด เน้นการรักษาด้วยการให้สารน้ำยาและเกลือแร่ การรักษาด้วยยาและการผ่าตัดขึ้นอยู่กับปริมาณและตำแหน่งเลือดที่ออกในสมองซึ่งการดูแลระยะหลังผ่าตัดเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำความดันในกะโหลกศีรษะสูง ชักเกร็ง โรค

หลอดเลือดสมองแตก พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก³ อาการนำของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง คือ อาการปวดศีรษะแบบทันทีทันใดในกลุ่มที่มีเลือดออกในสมองน้อยและเลือดออกบริเวณกึ่งสมอง นอกจากนี้ ยังมีอาการชัก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ร่วมกับอาการทางระบบประสาท ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและ/หรือร่างกายครึ่งซีก ความรู้สึกตัวลดลง อาการชักและอาการเฉพาะของตำแหน่งต่าง ๆ ที่เลือดออก เช่น อาการมือสั่น สูญเสียการทรงตัว และการประสานงานกันของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ปัจจัยที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายและพันธุกรรม รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาละลายลิ่มเลือดและตำแหน่งของรอยโรค⁴ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาสิ่งที่กดเบียดสมองออก การผ่าตัดเพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy) หรือการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกรณีมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง ตลอดจนแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา⁵ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจึงมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันหรือควบคุมภาวะควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูงพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาเป็นผู้ที่รับทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินทางห้องปฏิบัติการ การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับหัตถการการรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ การดูแลด้านกิจกรรม ความสามารถในการเคลื่อนไหว อาหารที่ผู้ป่วยได้รับ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง หรือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย⁶

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 540 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในจังหวัด รับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายและนอกเขตสุขภาพ โดยเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายช่องทางด่วน (Stroke fast track) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการราชการเรื่องบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในปี 2562-2564 จำนวน 260, 272 และ 314 รายตามลำดับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 36, 37 และ 52 ราย พบอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 13.89, 37.84 และ 9.62⁷ จากข้อมูลเบื้องต้นจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและมีอัตราการตายสูง ในภาวะวิกฤตอาจพบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ การมีภาวะความดันโลหิตสูง ความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือปัญหาการหายใจตลอดจนมีภาวะสมองบวมหรือภาวะสมองเคลื่อน

ความพิการหลงเหลือตามมา การพยาบาลในภาวะวิกฤตมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและให้ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งสามารถประเมินอาการการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 – มกราคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียนจากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็มเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา

ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 40 ปี การวินิจฉัย Basal ganglion Hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ ชี้นิ่ง แขนและขาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ขาดการติดตามการรักษา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E3VTM5 Motor power left grade V right grade 0 มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง พบปัญหาขณะดูแลรักษา ได้แก่ ภาวะ Acute respiratory failure, Hypertension,

Hypokalemia ปัญหาการเคลื่อนไหวบกพร่อง หลังรับการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 44 ปี การวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ แขน ขา อ่อนแรง ชี้นิ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ชี้นิ่ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E2VTM5 Motor power left grade III right grade V มีแผนการรักษาด้วยการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง อาการทรุดลงขณะดูแล ญาติปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองไม่กदनวดหัวใจ เลือกรับการรักษาแบบประคับประคอง ต้องการให้ผู้ป่วยตายดี ผู้ป่วยมีภาวะผู้ป่วยมีภาวะสมองตายแพทย์แจ้งอาการให้ญาติผู้ป่วยรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงและให้ข้อมูลการบริจาคอวัยวะให้ญาติรับทราบ ญาติตัดสินใจบริจาคอวัยวะให้กับสมาชิกชาติไทย

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก มีปัญหาแบบแผน กิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมมี แขนและขาอ่อนแรง และ ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิตและมีความพิการ	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แพทย์แจ้งเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะสมองตาย ญาติมีความเครียดเกี่ยวกับการดำเนินของโรค รับรู้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากโรครุนแรงหากไม่รักษาด้วยการผ่าตัดและหากผ่าตัดรับรู้ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงเลือกรับการรักษแบบประคับประคอง	แบบแผนสุขภาพกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 รับทราบการเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกปัญหาแบบแผน กิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถในการทำกิจกรรมมีแขนและขาอ่อนแรง และ ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิตและมีความพิการ กรณีศึกษารายที่ 2 ญาติรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะสมองตาย ญาติมีความเครียดเกี่ยวกับการดำเนินของโรค รับรู้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากโรครุนแรงหากไม่รักษาด้วยการผ่าตัดและหากผ่าตัดรับรู้ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงเลือกรับการรักษแบบประคับประคอง

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
2.พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	<u>การวินิจฉัย</u> Basal ganglion Hemorrhage	<u>การวินิจฉัย</u> Intracerebral Hemorrhagic	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรค หลอดเลือดสมองแตก <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> Basal ganglion Hemorrhage <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> Intracerebral Hemorrhagic
แผนการรักษา	<u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วย GCS E3VTM5 pupil 3min. react to light both eyes Motor power left grade V right grade 0 สัญญาณชีพ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183 /87 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	<u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วย GCS E2VTM5 pupil 2 mms. react to light both eyes Motor power left grade III right grade V สัญญาณชีพ 37.0 องศา เซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 237/157 มิลลิเมตร ปรอท Oxygen saturation = 99%	จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เข้ามารับการ รักษามีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน เกิด จากตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพมีตำแหน่ง ทำให้ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีอาการ แตกต่าง กัน และมีพยาธิสภาพคนละตำแหน่งจึงมีผลต่อการ เกิดพยาธิสภาพและอาการอ่อนแรงของแขนและ ขาที่มีความแตกต่าง และตำแหน่งของก้อนเลือดและ ขนาดของก้อนเลือดที่ขนาดของก้อนเลือดที่ออกใน สมองจึงทำให้ความรุนแรงของโรคมีความต่างทั้ง ระดับความรู้สึกตัว กำลังแขนและขา <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มาด้วยอาการซีมลง แขนและขา ด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง และตรวจร่างกายมีความดันโลหิต 183 /87 มิลลิเมตรปรอท <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> มาด้วยอาการแขน ขา อ่อนแรง ซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ซีมลง เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 2 ชั่วโมง และตรวจร่างกายมีความดัน โลหิต 237/157 มิลลิเมตรปรอท
การตรวจ พิเศษ	CT Scan 5/11/65 ผล Acute intraparenchymal hemorrhage epicenter at left lentiform nucleus, about 33 ml in volume Hypertensive in etiology should be considered. วันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 -CXR ผล Normal -EKG ผล Normal sinus rhythm -CT Scan 9/11/65 ผล No prior study for conpairison Craniectomy site	CT Scan ผล Acute intraparenchymal hemorrhage involving right cerebral hemisphere and right basal ganglia with perilesional edema. Acute IVH Note pressure effect seen as a 1.1cm leftward mildline shift and subfalcine herniation. วันที่ 31 ธันวาคม 2565 -CXR ผล Normal -EKG ผล Normal sinus rhythm	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจพิเศษคือการ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อดูตำแหน่งของ เลือดออกและขนาดของก้อนเลือดที่กดเบียดสมอง จากผลการตรวจพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการแตกของ ของเลือดสมองที่ตำแหน่งต่างกัน <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> ผลการตรวจผลพบ Acute intraparenchymal hemorrhage epicenter at left lentiform nucleus, about 33 ml in volume Hypertensive in etiology should be considered. <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ผลการตรวจผลพบ Acute IVH Note pressure effect seen as a 1.1cm leftward mildline shift and subfalcine herniation.

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	at left fronto-parietal region intraparenchymal hemorrhage at left basal ganglia size about 1.4x1.4x1.3cms. and left parietal lobe size about 1.3x0.7 with brain edema		
3.แผนการ รักษา	<u>การชันสูตร</u> CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, FBS, Lipid profile, HBA1C <u>สารน้ำที่ได้รับ</u> 0.9%NSS 1000 ml IV <u>Medication</u> -Nicardipine 1mg IV push if SBP >180 mmHg -Nicardipine 20mg + NSS 100ml IV drip 10ml/hr.titrate 5 ml q 15min until target SBP130-150pmmHg -Cefazolin 1gm เตรียมไปOR - Cefazolin 1gm IV q 6hrs. -Omeprazole 40 mg OD -Dilantin 100mg IV q8hrs. -Transmine 500mg IV q 6 hrs. x3 day. -Vitamin K 10mg IV OD. x3 day. -Dexamethasone 4mg IV q 6 hrs. -Onsia 4mg IV q 8 hrs. -Morphine 3mg IV Prn. q 4-6 hrs. -Plasil 10 mg IV Pra q 4-6 hrs. -B:D (1:1) 200ml x 4 feed. - Ventilator support mode PAC	<u>การชันสูตร</u> CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, FBS, Lipid profile, HBA1C, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, HIV, Shipilis, Blood group, PCR for covid 19, UPCR. <u>สารน้ำที่ได้รับ</u> -0.9%NSS 1000 ml IV -0.9%NSS 1000 ml + KCL 40 mEq IV 80 ml/hr. <u>Medication</u> -Nicardipine 20mg + NSS 100ml IV drip 10ml/hr.titrate 5 ml q 15min until target SBP130-150pmmHg -Omeprazole 40 mg OD -Transmine 500mg IV q 6 hrs. -Ceftriaxone 2gm IV OD.(2/1/66) -Fentanyl 50 mcq IV stat. -Fentanyl 500 mq + NSS 100 ml IV 10 ml/hr.(off 2/1/66) -Levophed(8:250) IV 30 ml/hr. titrate Kepp BP > 100/60 mmHg. -Tripple lumen was done inside Right Subcavian vein. Deep 15 cms. -Biopsy lymnode	<u>แผนการรักษา</u> กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการตรวจชันสูตรผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความผิดปกติของเลือด และได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำคือ 0.9%NSS เป็นสารน้ำชนิด Isotonic sulusion และได้รับการรักษาด้วยการให้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงคือยา Nicardipine IV drip และ maintance การหายใจของผู้ป่วยโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิด Volume control mode PAC และรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต คือ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต ทั้ง 2 ราย <u>ความต่างของกรณีศึกษา</u> <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมองและมีปริมาณเลือดขนาด 33 ml แพทย์จึงรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot วันที่ 5 /11/65และได้รับการรักษาด้วยการควบคุมความดันโลหิตด้วยการให้ยา Nicardipine และรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ยาป้องกันอาการชักเกร็ง ยาป้องกันเลือดออกในสมอง การป้องกันภาวะสมองบวม และป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนเพื่อป้องกันภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง และได้รับยาควบคุมความปวดเป็นกลุ่มยา Stomg opioid และได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจและสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการวางแผนเรื่องการได้รับอาหารเพื่อป้องกันภาวะพร่องสารอาหาร และมีการส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อวางแผนการ

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	5/6/65 -T-piece 10 lit/min 6/11/65 - cannula 5 lit/min 7/11/65 Home Med. -Simvas(20mg) 1 tab hs. -Enalapril(5mg) 1 tab OD. -Brufen (400mg) 1 tab tid. pc.	- Declair Brain death. 2/6/66 - Minirin 1mcg IV stat x 2dose -Set OR for Organ percurment	ออกกำลังกายป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และได้รับการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ เพื่อดูความผิดปกติภาวะเลือดออกในสมอง หลังการผ่าตัดในวันที่9/11/65 ผลการตรวจไม่พบว่า มีเลือดออกเพิ่ม และผู้ป่วยจำหน่ายโดยอาการดีขึ้น และนัดพบแพทย์ 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามการรักษา <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง เลือกรับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัดสมองรับการรักษาดูแลการให้ยาและการใช้เครื่องช่วยหายใจและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยรับการรักษาแบบประคับประคอง ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตาย ได้มีการให้ความรู้เรื่องการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายแก่ญาติให้รับทราบ ญาติทุกส่วนยินยอมบริจาคอวัยวะทุกส่วนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ให้กับศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ผ่านศูนย์บริจาคอวัยวะ รพ.กาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการรับบริจาคอวัยวะของสภากาชาดไทย
	การผ่าตัด Craniectomy with remove clot 5 /11/65	การผ่าตัด Set OR for Organ percurment 2/1/66	
	การConsult PM&R กายภาพบำบัด ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง/Intemediate care	การConsult PM&R Consult Palliative care	
	สถานะการจำหน่าย -แพทย์อนุญาต F/U 2 สัปดาห์ OPD Neuro	สถานะการจำหน่าย -เสียชีวิต	

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมองเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง กรณีศึกษาที่ 1,2	1.ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและทำให้มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นโดย 1.1 ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ จัดศีรษะให้ตรงยกศีรษะสูง30 องศาและระวังไม่ให้คอหักพับงอเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ 1.2 ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดVolume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% 1.3 ประเมินการหายใจโดยนับอัตราการหายใจและดูรูปแบบการหายใจจากเครื่องช่วยหายใจและการหายใจของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กันกับเครื่องช่วยหายใจ 1.4 ตรวจวัดความดันโลหิตและชีพจรเพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือดและความดันในกะโหลกศีรษะ ทุก 30 นาที- 1 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ 1.5 ดูแลการได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS1000 cc. IV. Drip 80 cc/hr.ให้เพียงพอ เพื่อรักษาระบบการไหลเวียนเลือดและสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 2. ดูแลให้ได้รับยารักษา ได้แก่ยาควบคุมความดันโลหิตสูง คือยา 10 mg ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่อยา Nicardipine 1mg IV push if SBP >180 mmHg then Nicardipine 20mg + NSS 100ml IV drip

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
	10ml/hr.titrate 5 ml q 15min until target SBP130-150pmmHg. และให้ยา-Dilantin 100mg IV q8hrs. Transmine 500mg IV q 6 hrs. x3 day.ตามแผนการรักษา 3.ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยทุก 30นาที- 1 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์รายงานแพทย์เวรทันทีเมื่อ มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิกริยารูม่านตาต่อแสง (pupil) มีการเปลี่ยนแปลง กำลังแขน ขา (motor power) ลดลงจากเดิมและสัญญาณชีพ BP< 90/60mmHg หรือ >140/90 mmHg, Pulse < 60 หรือ> 120 ครั้ง/นาที เฝ้ารอภาวะ Apneustic pattern, Chyne -Stroke pattern, Ataxic pattern หากมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์ทราบทันที
2. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองและระดับความรู้สึกตัวลดลงกรณีศึกษาที่ 1,2	1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้าเยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการขีด เขียน เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนังลักษณะการขีดเขียน แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน 2. ดูแลช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 3. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที-1 ชั่วโมง เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่อง ออกซิเจน 4. ดูแลติดตามผลการตรวจ Film CXR รายงานแพทย์เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการขยายตัวของปอด 5. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ Volume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามค่า O2sat 6. ติดตามค่า CO₂ เนื่องจากการติดเชื้อเซลล์จะมีความต้องการการใช้ ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก มากขึ้น จนอยู่ในภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) และเฝ้ารอภาวะ metabolic acidosis และการคั่งของกรดแลคติกตามมา ส่งผลให้ เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 7) ดูแลให้ยา Morphine 3mg IV prn q 4-6 hrs.(ในกรณีศึกษาครั้งที่ 1) และให้ยา Fentanyl 5:1 +0.9%NSS 100 ml. IV drip 10 ml/hr.(ในกรณีศึกษาครั้งที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักและลดการใช้ออกซิเจน 8) ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในกรณีศึกษาครั้งที่ 1 ฝึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยให้ออกซิเจน T piece ตามแผนการรักษา Keep oxygen saturation >95%
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Electrolyte imbalance กรณีศึกษาที่ 1,2	1.ประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วย ได้แก่ อาการกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งกระตุก หรือหดรัดเกร็ง มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ พบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที 2. ดูแลให้ยา Potassium 40mEq +0.9%NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. สังเกตการเกิดภาวะของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย บวม ค้นตามร่างกาย หอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูง หากพบให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อเป็น การเฝ้าระวังอาการผิดปกติของภาวะของเสียคั่งในร่างกาย 4. บันทึกน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม. เพื่อเป็นการประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออก 5.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและเป็นการติดตามอาการของผู้ป่วยและทำการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Mg BUN, Cr และeGFR เพื่อเป็นการประเมินการ ทำงานของไตในการกรองของเสียในร่างกาย
4. มีโอกาสเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจาก	1. ติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย record vital signs & neurosigns ทุก 30นาที -1 ชั่วโมง พบอาการเปลี่ยนแปลง GCS ลดต่ำลง pupil unequal motorpower drop สัญญาณชีพผิดปกติ BP< 90/60mmHg

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
การเพิ่มปริมาตรในกะโหลกศีรษะ กรณีศึกษาที่ 1,2	หรือ >140/90 mmHg, Pulse < 60 หรือ > 120 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์ทราบทันที 2. ดูแลให้ได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิตสูง คำ ได้แก่ยา Nicardipine 1mg IV push if SBP >180 mmHg then Nicardipine 20mg + NSS 100ml IV drip 10ml/hr.titrate 5 ml q 15min until target SBP130-150pmmHg. 3. ดูแลให้ได้รับยาลดการสลาย ตัวของเลือด ได้แก่ยา และให้ยา-Dilantin 100mg IV q8hrs. Transmine 500mg IV q 6 hrs. x3 day.ตามแผนการรักษา 4. ติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด Hct & Hemoglobin การแข็งตัวของเลือด PT, PTT & INR พบความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบทันที 5. ดูแลให้ได้รับยาลดบวมของสมอง Dexamethasone 4 mg. IV ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. การจัดทำ นอนศีรษะสูง 30 องศา 7. เฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของภาวะ ICP เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง 8. ติดตามผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และรายงานให้แพทย์ทราบทันที
5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลว อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะโวลูเมมในเลือดต่ำ กรณีศึกษาที่1,2	1. Observe ระดับความรู้สึกตัว และระบบการหายใจ 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนชนิด Volume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% 3. ติดตามระดับอุณหภูมิของร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์ทราบทันที 4.ดูแลระบบ hygiene ของผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย 5.ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมง Keep DTX 80-200 mg% ประเมินภาวะ Hypo-Hyperglycemia พบอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ เหงื่อมาก ทิว มือสั่น เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน มึนงง วิงเวียน ใจสั่น หัวใจเต้นแรงเร็ว ให้รายงานให้แพทย์ทราบ ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS1000nl IV drip 80ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับ Regular insulin ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที 6.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyteในร่างกาย โดยเฉพาะ Sodium & Potassium ผลการตรวจผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที Na keep 135-145 mmol/L Platelet > 100,000 cells/mm3 INR <1.3 Hct > 30 vol% ผิดปกติให้รายงานให้แพทย์ทราบ
6.เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอโดย ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร ประเมินความสามารถในการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนจากสถาบันประสาทวิทยา ฟังเสียง bowel sound ได้ยินเสียง 6-8 ครั้ง/นาที 2.ประเมินการกลืน หากประเมินการกลืนไม่ผ่าน ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ Nasogastric tube และให้อาหารตามแผนการรักษาในระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วย วิกฤต(Acute phase) 3.ให้อาหาร ประมาณ 20-25 kcal/kg/day ภายใน 72-92 ชั่วโมงแรก และควรได้สารอาหารโปรตีน ประมาณ 1.2 -2 g/kg/day และไขมันไม่ควรเกิน 0.1 gm/ kg/day เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ ให้ อาหาร bendalize diet 200 mlx 4 feed ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน Content ที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ดูแลให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมีการทดสอบตำแหน่งทุกครั้งก่อนให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร
7. ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1	- ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมินลักษณะและชนิดความปวด และประเมินจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด นอนกระสับกระส่าย พักผ่อนไม่ได้หรือนอนไม่หลับ เวลาเปลี่ยนท่าก้มมือแน่น เหงื่อออกหน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว - ประเมินแผลผ่าตัดและทำความสะอาดโดยยึดหลัก Aseptic technique - แนะนำการเคลื่อนไหวของร่างกายให้ถูกต้องเพื่อลดอาการปวด เช่น จัดท่านอนให้สบาย กระตุ้นให้ลุกนั่งโดยเร็ว - แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด โดยการหายใจเข้าออก ยาวๆลึกๆทางปากเพื่อผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด - สอนและแนะนำผู้ป่วยให้ใช้มือทั้งสองข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัดขณะที่มีการเคลื่อนไหวหรือไอ เพื่อช่วยลดภาวะกล้ามเนื้อตึงเครียด และช่วยลดการฉีกฉีกของแผลผ่าตัดทำให้ปวดน้อยลง - ดูแลสายระบายไม่ให้ดึงรั้งแผลของผู้ป่วยและไม่ให้สายหักพังงอก่อความระคายเคืองต่อแผลผ่าตัด - ดูแลให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ทำให้ปวดแผลน้อยลง - ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา Morphine 3 mg IV prn q 4 hrs. และสังเกตผลข้างเคียงของยา คือ คลื่นไส้ - อาเจียน ร่างกายมีอาการสั่น กล้ามเนื้อกระตุก มีอาการชัก ตาพร่า ประสาทหลอน อารมณ์เปลี่ยนแปลง/อารมณ์แปรปรวน ปากแห้ง ท้องผูก หน้าแดง - ดูแลด้านจิตใจพูดคุย สัมผัสอย่างอ่อนโยนให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวลปลอดภัยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ
8. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง กรณีศึกษาที่ 1	- ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ประเมิน ADL ของผู้ป่วย - ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน - ส่ง Consult แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ - สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู - การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อน ที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ - สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหาร ตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็น ขั้นตอน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ - ยกไม้กั้นเตียงป้องกันการพลัดตกหกล้มดูแลให้ทำกิจกรรมบนเตียง

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสูญเสียบทบาทและหน้าที่ของตนเอง กรณีศึกษาที่ 1	1. แจ้งอาการและอาการแสดงให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับ อาการและอาการแสดง และให้ญาติยอมรับความรู้สึกพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถ 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง อธิบายเกี่ยวกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและไม่กล่าวโทษว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตน 3. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด พร้อมกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ 4. พูดให้กำลังใจญาติผู้ดูแล ให้ยอมรับสภาพผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษ แนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเห็นคุณค่าของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
9. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค กรณีศึกษาที่ 1,2	1. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและพยากรณ์ของโรค เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ แจ้งแพทย์ให้บอกข้อมูลการเจ็บป่วยแผนการรักษา และปัญหาที่ผู้ป่วยและญาติต้องการขอความช่วยเหลือ 2. อธิบายญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาให้ญาติทราบเป็นระยะๆ แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งหากมีการทำหัตถการ หรือมีแผนการรักษาเปลี่ยนแปลง 3. ประสานงานกับแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด ทีมดูแลต่อเนื่อง ทีมเยี่ยมบ้าน ประสานงานกับ ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.สต. อสม. ในเขตพื้นที่ เตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน 4. ดูแลช่วยเหลือร่วมกับเครือข่ายในการช่วยเหลือ โดยร่วมกับผู้นำชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ และโครงการพลังบวรในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่ายและเศรษฐกิจ 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลขณะให้การพยาบาล พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี 6. แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และแจ้งผู้ป่วยมีภาวะสมองตาย และแจ้งแผนการรักษาของแพทย์ และข้อมูลการบริจาคอวัยวะให้กับสภากาชาดไทยในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายเพื่อให้ญาติผู้ดูแลตัดสินใจ (กรณีศึกษารายที่ 2)
10. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง	1. ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย 2. ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัดพยาบาลอนามัยชุมชน และพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ/ caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามประเด็นปัญหา และความต้องการ 3. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามแนวทาง D-METHOD ด้วยการให้คำแนะนำการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา และการรับยาต่อเนื่อง การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการหกล้ม เกิดอุบัติเหตุจากการทรงตัว เพราะผู้ป่วยมี RtHemiparesis การออกกกำลังกายของแขนขา เพื่อส่งเสริมการหายของโรคการสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ซึมลง พฤติกรรมเปลี่ยน ชัก การมาตรวจตามนัด การใช้แหล่งบริการทางสุขภาพใกล้บ้านให้เกิดประโยชน์และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค 4. ประสานโรงพยาบาลเครือข่าย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยในระบบ intermediate care การประสานกับเครือข่ายชุมชน 5. ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายในระยะ 2 สัปดาห์และระยะ 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย ผ่านโรงพยาบาลเครือข่ายและระบบ Smart Thai COC เพื่อติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบ มี ปัญ หา เลื อ ด อ อ ก ใน ส ม อ ง

(Intracerebral hemorrhage) สาเหตุหลักเกิดจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive hemorrhage) เมื่อผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือด ขาดความยืดหยุ่น เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดได้ง่ายทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง ก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่จะกดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงและเมื่ออาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองเลื่อนผิดปกติ (brain herniation) หลังหลอดเลือดสมองแตกจะทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการขยายตัวของเม็ดเลือดเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การขยายตัวของเลือดเกิดขึ้นใน 3-12 ชั่วโมงและสมองบวมขึ้นใน 24 ชั่วโมงสูงสุดใน 5-6 วัน จนถึง 14 วัน ก้อนเลือดที่โตขึ้นจะกดเนื้อสมอง ร้อยละ 90 จะกดสมองส่วน ventricular system ทำให้เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (increased intracranial pressure: IICP) ส่งผลให้ midline และก้านสมอง (brain stem) เคลื่อน (brain herniation) และถึงแก่กรรม ตำแหน่งที่พบเลือดออกในสมองมากที่สุด คือ หลอดเลือดแดง basilar Basal ganglia สมองส่วนหน้า ตรงกลาง หรือส่วนหลัง พบอัตราการเสียชีวิตสูง พบการเสียชีวิตนี้เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกสำหรับการรักษาใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด ละครักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิตสูงและรับการรักษาใน Intensive care โดยประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) น้อยกว่า 13 คะแนน ปริมาณเลือดออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร และระยะการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง (Midline shift) มากกว่า 0.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีความสำคัญในทุกๆระยะโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะวิกฤตในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งการพยาบาลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

(increased intracranial pressure) ป้องกันการล้มเหลวของระบบการหายใจ ระบบทั่วไปของร่างกายมีความสมดุล ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ความอิ่มตัวของออกซิเจน การให้สารน้ำ การดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาตามขวตามพยาธิสภาพของโรคเนื่องจากมีภาวะเลือดออกที่บริเวณ left basal ganglia hemorrhage ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคมียขนาดแตกต่างกัน จากขนาดของเลือดที่ออกตามผลการตรวจ CT Scan ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 40 ปี การวินิจฉัย Basal ganglion Hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ ชี้มลง แขนและขาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ขาดการติดตามการรักษา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E3VTM5 Motor power left grade V right grade 0 มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง พบปัญหาขณะดูแลรักษา ได้แก่ ภาวะ Acute respiratory failure, Hypertension, Hypokalemia ปัญหาการเคลื่อนไหวบกพร่อง หลังรับการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 44 ปี การวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ แขน ขา อ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ชี้มลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E2VTM5 Motor power left grade III right grade V แพทย์มีแผนการ

รักษาด้วยการวางแผนผ่าตัดสมองและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ญาติปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองไม่กหนดหัวใจเนื่องจากไม่มีผู้ดูแลหลัก และเลือกการรับการรักษาแบบประคับประคองต้องการให้ผู้ป่วยตายดี ผู้ป่วยอาการทรุดลงและมีภาวะสมองตายแพทย์ได้แจ้งอาการให้ญาติผู้ป่วยรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา และให้ข้อมูลการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายให้ญาติรับทราบญาติตัดสินใจบริจาคอวัยวะทุกส่วนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ให้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในวาระสุดท้ายของชีวิต^{1,2,3}

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเริ่มจากกระบวนการวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยยา รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสภาพ จากการศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วย 2 ราย ผลการให้การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองแตก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้และนัดพบแพทย์เพื่อติดตามอาการแสดงและวางแผนการรักษาต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการแรกเริ่ม การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต มีประสิทธิผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตโดยการรักษาแบบประคับประคองส่งผลให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล⁴

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก stroke fast track ทั้งในอำเภอเมือง และโรงพยาบาลในเครือข่าย มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ลงไปสู่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้แพทย์และพยาบาลใน

โรงพยาบาลชุมชน สามารถประเมินภาวะโรคหลอดเลือดสมองแตกและให้การรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียชีวิตและลดความพิการให้ผู้ป่วย

2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ในเครือข่าย ได้แก่ การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการรักษาพยาบาล ทั้งแผนการรักษาด้วยยาในการควบคุมความดันโลหิตสูงและการรักษาด้วยการผ่าตัด

3. พัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ควรส่งเสริมกระบวนการในการสร้างการรับรู้ของประชาชนในการรับรู้ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วตั้งแต่ก่อนเกิดอาการในชุมชน การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอกโดยสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองคือ (B E F A S T)

5. ควรส่งเสริมการทบทวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การทบทวนข้างเตียงการทำRCAเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาในการวางแผนการดูแลเชิงระบบต่อไป

6. ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT)

7. ควรมีการทำการรับรองคุณภาพเฉพาะโรค (Disease Specific Certificate) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อเป็นการประเมินคุณภาพ ของการวินิจฉัยโรค ความถูกต้อง ความครอบคลุมทันเวลาช่วยการส่งเสริมความสามารถและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

8. ครรณนโยบาย Service Plan การรับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย และรับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อลดระยะเวลา

รอคอยการรับบริจาคอวัยวะและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022 [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 15]. Available from: [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO Global Stroke Fact Sheet.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO%20Global%20Stroke%20Fact%20Sheet.pdf)
2. American Stroke Association.(2023) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2023, from [https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/ Protocols](https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols)
3. World Health Organization. (2020). World stroke campaign [Internet]. [cited 2020 Jan 21] Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
4. สถาบันประสาทวิทยา กรมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2563).แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2566]:39(2):39-46. เข้าถึงได้จาก:[http://neurothai.org>journal>vol39 no26](http://neurothai.org>journal>vol39%20no26).
6. ชูตาพร วรภักษ์วิศิษฐ์, อุไร จังโล่ง, ศิริขวัญ นาควิสัย, ภารดี ชัยรัตน์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 (เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2567 ; 27(2): 163-74. เข้าถึงได้จาก:<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/241091/172055>
7. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)