

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with hemorrhagic stroke: 2 case studies.

(Received: September 28,2024 ; Revised: October 17,2024 ; Accepted: October 18,2024)

นงศ์ลักษณ์ แก้วแจ่มดา¹Nongluk Kawjamda¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำมาปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ผลการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ให้การรักษาโดยไม่ผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว 15 คะแนน (E4V5M6) มีปริมาณเลือดออกในสมอง 39.9 มิลลิลิตร ไม่มีการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง มีภาวะสมองบวม ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำรักษาแบบประคับประคองระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 3 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 คะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว 15 คะแนน (E4V5M6) ปริมาณเลือดออกในสมอง 5.1 มิลลิลิตร ไม่มีการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 6 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

This study's abstract aims at nursing stroke patients. Twenty-two case studies using Gorton's 11 healthcare paradigm to identify the problems and needs of patients. Lead the five-step nursing process.

Results: A comparative study of stroke patients hospitalized at Siranthorn Hospital, Khon Kaen, found that both patients were suffering from weak arms, speechless speech, and non-surgical treatment. Case 1 - Sense change score was 15 points. (E4V5M6) had 39.9 mL of cerebral hemorrhage, no movement of the mid-brain, cerebral edema, low blood potassium, 3-day hospital stay. In the case of 2nd case study, 15 points of sensory change (E4V5M6), cerebral hemorrhage 5. 1 milliliters, no movement of the central axis of the brain, no complications between treatment and hospital stay period of 6 days.

Keywords: Nursing care, hemorrhagic stroke

บทนำ

โรคเส้นเลือดในสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นภาวะที่มีเลือดออกในสมอง ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากสถิติทั่วโลกพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองแตกประมาณ 250,000–500,000 รายต่อปี ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความพิการตลอด

ชีวิต⁷ จากผลกระทบดังกล่าวสร้างความทุกข์ ทรมาน แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นภาระของครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพต้องใช้ระยะเวลานาน ก่อให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก⁹ จึงได้ทำการศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา 2 ราย” นำมาเปรียบเทียบ

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กัน โดยใช้ความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยจากการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้บรรเทาจากอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาสถิติข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มารับบริการในโรงพยาบาลสิรินธร จ.ขอนแก่น จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปี 2563-2566 = 462, 377, 325 และ 471 รายตามลำดับ แยกเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจำนวน 2563-2566 = 8, 6, 31 และ 25 ราย ตามลำดับ อัตราตายของผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ปี 2563-2566 = ร้อยละ 12.5, 0, 3.22 และ 0 ตามลำดับ (อ้างอิงข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นปี 2566)⁷ จากข้อมูลจะพบว่าผู้ป่วย Hemorrhagic stroke จะมีจำนวนไม่มาก ร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วย Ischemic stroke เมื่อเกิดอาการจะมีความรุนแรงและเสียชีวิตได้ในทุกระยะโดยเฉพาะ 72 ชั่วโมงแรก พยาบาลที่ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มมากขึ้น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และภาวะสมองบวม⁴ โดยมี พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางให้การพยาบาลเฝ้าระวังและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย

ตลอดจนประเมินผลการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรวดเร็ว ปลอดภัย ลดภาวะความพิการ ลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อน คงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกย้อนหลัง 3 ปี
2. คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในเดือน พฤษภาคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2566 จำนวน 2 ราย
3. ทบทวนวรรณกรรมและค้นหาจากตำราที่เกี่ยวข้อง
4. เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนทางสุขภาพของกอร์ดอน และทฤษฎีกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน
5. ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
6. สรุปผลการศึกษากกรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส อาชีพทำนา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีสามีช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 – 25 พฤษภาคม 2566 รวมรักษานในโรงพยาบาล 3 วัน การวินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage Right Frontal Lobe

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส อาชีพทำนา ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีสามีช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 – 26 กรกฎาคม 2566 รวมรักษานในโรงพยาบาล 6 วัน การวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์
<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 64 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมา 12 ปี รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านไผ่</p> <p>มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงมา 9 ปี รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ ปี 2566 ตรวจพบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ผู้ป่วยมีวางแผนเข้ารับการรักษาคับ CABG มีนัดทำ Echo วันที่ 14 มิถุนายน 2566 ที่โรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>22 พฤษภาคม 2566 มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ญาตินำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ และการส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น รักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น</p> <p>ชอบทานอาหารรสเค็ม</p>	<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมา 10 ปี รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโนนศิลาไม่เคยขาด ยา ทานยาสม่ำเสมอ</p> <p>20 กรกฎาคม 2566 มีอาการชักเกร็งซีกขวา หลังชักมีอ่อนแรงแขนขาข้างขวา แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก รักษาด้วยการไม่ผ่าตัดส่งต่ออาการร่วมกับทำกายภาพบำบัด ฟันฟุร่างกาย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ชอบทานอาหารรสเค็ม</p>	<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวที่เหมือนกัน คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก และยังมีแบบแผนสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านโภชนาการ ชอบทานอาหารรสเค็มด้านการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตัว ในเรื่องการทานอาหาร การดูแลตัวเองการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังเกิดอาการมาโรงพยาบาลช้ากว่ารายที่ 2 จึง ได้รับการรักษาที่ล่าช้ากว่ารายที่ 2 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มากกว่ารายที่ 2</p>
<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>พยาธิสภาพ</p> <p>มีอาการอ่อนแรงแขนขาซีกซ้าย ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แรกเริ่ม มีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ตามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 motor power แขนขาข้างขวา grade v แขนขาข้างซ้าย grade I Pupil 3 mm Reaction to light Both Eyes</p>	<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>พยาธิสภาพ</p> <p>มีอาการชักเกร็งซีกขวา หลังชักมีอาการแขนขาอ่อนแรงซีกขวา แรกเริ่ม มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรงเล็กน้อย พูดไม่ชัด E4V5M6 motor power แขนขาข้างขวา grade II ขาข้างขวา grade III แขนขาข้างซ้าย grade IV+</p>	<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>พยาธิสภาพ</p> <p>อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีเลือดออก อาการเกิดขึ้นทันที บางรายอาการทางระบบประสาททรุดลงอย่างรวดเร็วตามความรุนแรงและจำนวนเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบ อาการบ่ง</p>
<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>พยาธิสภาพ (ต่อ)</p> <p>สัญญาณชีพแรกเริ่ม BT36.8 องศาเซลเซียส P114 ครั้ง/นาที RR 26 ครั้ง/นาที BP112/70 mmHg on ออกซิเจน Canula 3 LPM O2 Sat 99% มีอาการหายใจหอบเหนื่อยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจการส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อการรักษาแบบประคับประคองประเมิน NIHSS = 9 คะแนน ไม่พบปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีชักเกร็ง ประเมินการกลืนผู้ป่วยไม่มีสำคัญ ให้กิน</p>	<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>พยาธิสภาพ (ต่อ)</p> <p>Pupil 2 mm Reaction to light Both Eyes ประเมิน NIHSS = 6 คะแนน on ออกซิเจน Room air O2 Sat 99% มีความดันโลหิตสูงร่วม ไม่มีชักเกร็งอีกผล CT Brain NC Acute intraparenchymal hemorrhage is suggested.</p> <p>- Small well-defined hypodense lesions at anterior and posterior</p>	<p>แบบแผนสุขภาพ</p> <p>พยาธิสภาพ (ต่อ)</p> <p>บอกคือ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดลำบากสื่อสารไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการที่พบในโรคหลอดเลือดสมองอาการที่พบได้ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแตกคือปวดศีรษะรุนแรงขึ้นมาเฉียบพลัน มีอาการชักเกร็งโดยไม่เคยมีประวัติโรคลมชักมาก่อน คลื่นไส้หรืออาเจียนอย่างรุนแรง หรือหมดสติ วินิจฉัยยืนยันด้วยผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการยืนยัน</p>

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์
ทาง syringe ที่ละน้อย ผล CT Brain NC acute intraparenchymal hemorrhage at centrum semiovale of right frontal lobe -Brain edema ปริมาณเลือดออกในสมอง 39.9 ml	limb of left internal capsule are shownปริมาณเลือดออกในสมอง 5.1 ml	ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบมีเลือดออกในสมองตำแหน่งที่แตกต่างกัน มีปริมาณเลือดที่ออกในสมองต่างกัน อาการที่คล้ายกันคือ มีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ส่วนรายที่ 2 มีชักเกร็งร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเกร็งมาก่อน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีโรคประจำตัวที่เหมือนกันคือ ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังเกิดอาการมาโรงพยาบาลช้ากว่ารายที่ 2 ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่ารายที่ 1
การรักษา -รักษาแบบไม่ผ่าตัด -การรักษาแบบประคับประคอง ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ปั๊มหัวใจ -การรักษาด้วยยาลดความดันในกะโหลกศีรษะ -Manitol 200 mg IV drip in 30 min c stat than 100 mg IV drip in 30 min q 8 hr than 100 mg IV drip in 30 min q 12 hr x 2 day than 100 mg IV drip in 30 min OD	การรักษา -รักษาแบบไม่ผ่าตัด 20 ก.ค.66 -มีความดันโลหิตสูง รักษาด้วย Nicardipine (1:5) IV drip 3 ml/hr titrate/wean ที่ละ 2 ml/hr q 15 min 21 ก.ค.66 -Off Nicardipine ได้ Keep BP < 140/90 mmHg	การรักษา แนวทางการรักษาตาม Care map for Hemorrhagic stroke (สถาบันประสาทวิทยา) ⁹ 1. Respiration (การหายใจ) ในผู้ป่วยที่มีระบบหายใจล้มเหลว หมดสติเสี่ยงต่อการสำลักควรใส่ท่อช่วยหายใจ 2. Blood pressure (ความดันโลหิต) เป้าหมาย - หลีกเลี่ยงภาวะ hypotension
การรักษา(ต่อ) -รักษาด้วยการให้ยากันชัก Keppra 2000 mg IV drip in 30 min c stat than 500 mg IV q 12 hr. x 7 day -Dexamethasone 12 mg IV stat Than 4 mg IV q 8 hr -รักษาด้วยการให้ยา Lasix 40 mg IV stat -การทำกายภาพบำบัด -25 พ.ค.66 -Refer back รพ.บ้านไผ่ -keppra 500 mg IV q 12 hr. x 7 day (11 dose)	การรักษา(ต่อ) -ควบคุมความดันโลหิต ด้วยการรักษาแบบยากิน -Amlodipine (10) 1 x1 o pc c stat 25 ก.ค.67 -เริ่มการรักษาด้วยการทำกายภาพบำบัด 26 ก.ค.67 D/C -F/U Neuro sx. KKH + นำ CD CT Brain ไปด้วย <u>Home Medication</u> -Amlodipine (10) 1x1 o pc	การรักษา(ต่อ) - ควบคุมความดันโลหิต $\leq 140/90$ mmHg -ยา Nicardipine แบบ IV drip 3. Temperature (อุณหภูมิ) ถ้ามีไข้ควรหาสาเหตุไข 4. Anticoagulant reversal (ให้ยาต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือด) 5. Antiepileptic drug (ยากันชัก) ในผู้ป่วยที่ชักควรให้ยากันชักทุกราย 6. Sedation and Analgesia พิจารณาให้เพื่อลดอาการปวด และกระสับกระส่าย (Agitation) ควรให้ขนาดยาน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น 8. การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดและรักษาให้ระดับน้ำตาล ในเลือดต่ำกว่า 180 mg / dl 9. Fluid and electrolyte พยายามอย่าให้เกิด Dehydration หรือ over hydration

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ได้รับการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีหายใจหอบเหนื่อยได้ ออกซิเจน canula 3 LPM ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับมีภาวะสมองบวม ได้ยาขับปัสสาวะ ได้ยากันชัก ผู้ป่วยไม่มีชักเกร็ง ความดันโลหิตและน้ำตาลอยู่ในช่วงปกติ ไม่มีไข้ ไม่บ่นปวดหรือมีกระสับกระส่าย มีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กินได้น้อย E4V5M6
		motor power แขนขาข้างขวา grade v แขนขาข้างซ้าย grade 0 Pupil 3 mm Reaction to light Both Eyes BI=20 คะแนน MRS=4 คะแนน NIHSS = 9 คะแนน สัญญาณชีพ BT37.7 องศาเซลเซียส P 120ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 104/61 mmHg On canula 3 LPM O2 sat 98 % นอนรักษาตัวใน รพ. นาน 3 วัน ส่งต่อรพ.ใกล้บ้าน ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความดันโลหิตสูง ได้ยาลดความดัน Nicardipine (1:5) IV drip try ween off ได้ ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีภาวะสมองบวม E4V5M6 motor power แขนขาข้างขวา grade IV แขนขาข้างซ้าย grade V Pupil 2 mm Reaction to light Both Eyes ประเมิน NIHSS = 2 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ BT36.8 องศาเซลเซียส P 88 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 135/74 mmHg BI=95 คะแนน MRS 2 คะแนน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง นอนรักษาตัวใน รพ. 6 วัน
การพยาบาล ระยะแรก 1) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การพยาบาลได้แก่ 1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยจัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง สะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศาและไม่ควรเปลี่ยนท่าเร็ว 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษาให้อยู่ในเกณฑ์	การพยาบาล ระยะแรก 1) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงพยาบาลได้แก่ 1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยจัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง สะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศาและไม่ควรเปลี่ยนท่าเร็ว	การพยาบาล ระยะแรก ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการ พยาบาลในระยะแรกเป็นอย่างดี คลอบคลุม ซึ่งปัญหาสำคัญของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (ICP) ⁸ จึงเน้นการติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning sing of increased intracranial

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3. หลีกเลียงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น เช่น การออกแรงลุกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรง ๆ การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise)	2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษาให้อยู่ในเกณฑ์ 3. หลีกเลียงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น เช่น การออกแรงลุกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรง ๆ การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise)	pressure) ¹ ได้อย่าง ครบคลุมและสามารถรายงานแพทย์ได้ทันที
4.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ on ออกซิเจน Canula 3 LPM โดยวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด keep $\geq 95\%$ 5. ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ถ้ามีไข้ >37.5 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาและเช็ดตัวลดไข้ 6. ประเมินอาการปวดศีรษะ ดูแลให้ผู้ป่วยสบายและได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 7. หลีกเลียงการกดทับเส้นเลือดบริเวณคอ เช่น การใส่ hard collar	4.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ on ออกซิเจน Canula 3 LPM โดยวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด keep $\geq 95\%$ 5. ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ถ้ามีไข้ >37.5 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาและเช็ดตัวลดไข้ 6. ประเมินอาการปวดศีรษะ ดูแลให้ผู้ป่วยสบายและได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 7. หลีกเลียงการกดทับเส้นเลือดบริเวณคอ เช่น การใส่ hard collar	
ระยะการดูแลต่อเนื่อง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง การพยาบาลได้แก่ ประเมินโดยวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด keep $\geq 95\%$ โดยสังเกตสีผิว อุณหภูมิร่างกาย ความชื้นของผิวหนัง ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว ดูแลให้ออกซิเจน canula 3 LPM ดูแล	ระยะการดูแลต่อเนื่อง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง การพยาบาลได้แก่ ประเมินโดยวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด keep $\geq 95\%$ โดยสังเกตสีผิว อุณหภูมิร่างกาย ความชื้นของผิวหนัง ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียวโดยจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 หรือนอนตะแคงกึ่งคว่ำ ดูแลศีรษะ ลำคอ สะโพกให้อยู่ในแนวตรง ไม่พับงอมากกว่า 90 องศา	ระยะการดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความฉุกเฉินน้อยกว่าระยะแรก รับ แต่ต้องได้รับการติดตามดูแล เพื่อให้การดำเนินโรคดีขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มีปัญหาที่ใกล้เคียงกันใน เรื่องภาวะเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง การเฝ้าระวังภาวะชัก ⁴ ความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2 คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหา หายใจหอบ
ระยะการดูแลต่อเนื่อง(ต่อ) ทางเดินหายใจให้โล่ง ให้การระบายอากาศ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดท่านอน ศีรษะสูง 15-30 หรือนอนตะแคงกึ่งคว่ำ ดูแล	ระยะการดูแลต่อเนื่อง(ต่อ) 3) ไม่สบายเนื่องจากปวดศีรษะ การพยาบาลได้แก่ ประเมินความปวด โดยใช้ pain scale ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด	ระยะการดูแลต่อเนื่อง(ต่อ) เหนื่อยเป็นพักๆ มีภาวะสมองบวม ได้รับยาขับปัสสาวะยากันชัก ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย นอนไม่หลับเนื่องจากไม่คุ้นเคยสถานที่ไม่เอื้ออำนวย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ศีรษะ ลำคอ สะโพกให้อยู่ในแนวตรงไม่พับงอมากกว่า 90 องศา</p> <p>3) มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ Ekcl 20 ml po stat รับประทานอาหารตามแผนการรักษา สังเกตอาการภาวะ Hypokalemia ติดตามผลตรวจ Electrolyte</p> <p>4) เสี่ยงต่อภาวะชัก เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง การพยาบาล ได้แก่ สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ชัก เช่น ไข้ระวังภาวะไข้สูงดูแลให้ยากันชัก Keppra 2000 mg IV drip in 30 min c stat than 500 mg IV q 12 hr. x 7 day ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5) นอนไม่หลับเนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ไม่คุ้นเคยสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย การพยาบาล คือ การควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เช่น เสียง แสง ความเจ็บปวด ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมเป็นต้น</p>	<p>ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา</p> <p>4) เสี่ยงต่อภาวะชักซ้ำ การพยาบาลได้แก่ สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ชัก เช่น ไข้ระวังภาวะไข้สูงดูแลให้ยากันชัก Keppra 2000 mg IV drip in 30 min c stat than 500 mg IV q 12 hr. x 7 day ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะไม่สมดุลของค่าอิเล็กโทรไลต์</p>	<p>ต่อการนอน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กินได้น้อยไม่มีสำลัก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูง ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ และไข้ระวังภาวะชักซ้ำ</p>
<p>ระยะวางแผนจำหน่าย</p> <p>6) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การพยาบาลได้แก่ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากแบบแผนการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพยาบาล เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ประเมินการรับรู้ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตัวเองเมื่ออยู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D</p>	<p>ระยะวางแผนจำหน่าย</p> <p>5) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แขนขาอ่อนแรง การพยาบาล ได้แก่ การประเมินการรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก ความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลัก D- M-E-T-H-O-D</p>	<p>ระยะวางแผนจำหน่าย</p> <p>เป็นระยะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 1 เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ</p>

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่มีปัญหาเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) สาเหตุหลักเกิดจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Hemorrhage) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือด ขาดความยืดหยุ่น เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดได้ง่าย เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อสมอง¹⁰⁻¹¹ ก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่จะกดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (Brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และเมื่ออาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (Brain herniation) หลังหลอดเลือดสมองแตก จะทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้มีการขยายตัวของเม็ดเลือด เป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การขยายตัวของเลือดเกิดขึ้นใน 3-12 ชั่วโมง และบวมขึ้นใน 24 ชั่วโมง สูงสุดใน 5-6 วัน จนถึง 14 วัน¹² ก้อนเลือดที่โตขึ้นจะกดเนื้อสมอง ประมาณร้อยละ 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 หรือส่วนหลัง¹³ พบอัตราการเสียชีวิตสูงในช่วงระยะ 30 วันประมาณร้อยละ 30-50 มีเพียง 20% ของผู้รอดชีวิตที่คาดว่าจะฟื้นตัวเต็มที่ใน 6 เดือน¹² ประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตนี้เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก⁶ สำหรับการรักษาใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด และการรักษาด้วยยา โดยพิจารณาจากการประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก (Glasgow Coma Score) น้อยกว่า 13 คะแนน ปริมาณเลือดออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร และ ระยะการเคลื่อนที่

ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง (Midline Shift) มากกว่า 0.5 เซนติเมตร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีความสำคัญทุกระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 72 ชั่วโมงแรก² ซึ่งการพยาบาลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฉับพลัน วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง Increased Intracranial Pressure: IICP) ป้องกันการล้มเหลวของระบบการหายใจ ระบบทั่วไปของร่างกายมีความสมดุล ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ความอิ่มตัวของออกซิเจน การให้สารน้ำ การดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์² การดูแลต่อเนื่องโดยสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนการจำหน่าย เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การได้รับยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตประจำวันเป็นปกติได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อให้บุคลากรนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน
2. ควรจัดการอบรมส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร เพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. การจัดทำสื่อการสอนและเอกสารการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ แผนการรักษา การป้องกัน การควบคุมโรค NCD และควรจัดให้มีการ

ทบทวนความรู้ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ลดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

4. จัดให้มี แพทย์ Neurosurgery ประจำ โรงพยาบาล เพื่อความรวดเร็วในการให้การรักษ การ

วินิจฉัย จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดความพิการ ลดอัตราการตาย บรรเทาความทุกข์ ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรณิการ์ คงบุญเกียรติ, นรณฤทธิ์ เกษมทรัพย์และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2561). การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: เวชปฏิบัติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น:คลังนานาวิทยา.
- 2.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2562.
- 3.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 16 ส.ค. 256]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>
- 4.เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภณท์ออฟเซ็ท.
- 5.ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. (2562). คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น PNC : Provincial Healthcare Network Certification. ขอนแก่น.
- 6.นิภาพร บุตรสิงห์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล {อินเทอร์เน็ต}. 2562 {เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2567}; เข้าถึงได้จาก: <https://www.researchgate.net/publication/334083774>
- 7.ศูนย์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์งานเวชระเบียนและสถิติ. สรุปสถิติผู้ป่วยปี 2562-2566 : โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
- 8.สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 มีนาคม 2567
- 9.สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับ แพทย์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี 2562
10. Broderick J, Connolly S, Feldmann E, Hanley D, Kase C, Krieger D, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults. Stroke. 2007;38(6):2001-2003.doi: 10.1161/STROKEAHA.107.183689 PubMed PMID: 17478736.
11. Aronowski J, Zhao X. Molecular pathophysiology of cerebral hemorrhage: secondary brain injury. Stroke. 2011; available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21527759/>
12. Elliott J, Smith M. The Acute Management of Intracerebral Hemorrhage: A Clinical Review. Anesthesia & Analgesia. 2010; available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20332192/>
13. Gorelick PB. Alcohol and stroke. Stroke. 1987 available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3810763/>