

Nursing Care of Ischemic Stroke Patients in Community: Case Study

Abstract

Saowalee Nijaphai, B.N.H.*

The case study of ischemic stroke patients in community revealed that patients received supportive treatment due to the fact that it took more than 3 hours for patients to arrive at the hospital. Therefore, they could not receive rt-PA drug by clinical practice guideline for stroke. The study also revealed that professional nursing care in community was very important to assist patients in stroke rehabilitation to maximize patients' recovery of movement, communication, perception of intelligence, swallowing. This will help patients improve the chance of patients' abilities to care for themselves, minimize the risk of complications, be able to undertake daily activities and live happily in the community. As a result, they will not become social burden in the future.

Keyword: nursing care, Ischemic stroke

*Department of Family Medicine, Phangnga Hospital, Phangnga Province

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในชุมชน: กรณีศึกษา

บทคัดย่อ

เสาวลี นิจอภัย, ป.พ.ส.*

การรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน กรณีศึกษา พบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ Supportive treatment เนื่องจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าเกินกว่า 3 ชั่วโมง จึงไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ ตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในปี 2549 จากการศึกษาผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญมากในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชนให้สามารถฟื้นฟูสภาพ สามารถแก้ไขภาวะที่ร่างกายเกิดความผิดปกติจากการตีบและอุดตันของหลอดเลือดสมองทั้งด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้และสติปัญญา การกลืนลำบาก ให้สามารถดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ตามมาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข ในชุมชนไม่เป็นภาระกับสังคมในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาล หลอดเลือดสมองตีบ

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก โรคนี้พบว่าเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World health organization; WHO) ปี 2559⁽¹⁾ พบอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปีและพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย⁽¹⁾ เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยมากขึ้นในทางเวชปฏิบัติ เป็นสาเหตุให้เกิดความพิการทุพพลภาพอันดับต้นๆ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและการบำบัดฟื้นฟูสูงมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติ

โรงพยาบาลพังงา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 215 เตียง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพังงา ปี 2554 จำนวน 136 ราย ปี 2555 จำนวน 129 ราย ปี 2556 จำนวน 142 ราย แผนกผู้ป่วยนอก ปี 2557 จำนวน 671 ราย ปี 2558 จำนวน 677 ราย ปี 2559 จำนวน 739 ราย⁽²⁾ จะเห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในจำนวนที่สูงมาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีพยาธินาฬิกาที่สมอง จากการขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติตามตำแหน่งที่หลอดเลือดไปเลี้ยงการรับรู้ ด้านสติปัญญา การพูดและการสื่อสาร หากไม่ได้รับการดูแลรักษา

พยาบาล ฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า ในอนาคตได้⁽³⁾ ดังนั้นการจัดการที่ดีทางด้านการพยาบาล การประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในชุมชน: กรณีศึกษา เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชนในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติเดิมเมื่อ 5 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รักษาโดยการใช้อย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา สามารถควบคุมความดันได้ดีที่โรงพยาบาลพังงาเมื่อ 3 ปีก่อน มีหายใจเหนื่อย ใจสั่น แพทย์วินิจฉัยเป็น Atrial Fibrillation รักษาโดยการให้ยา Warfarin กับอายุรแพทย์โรงพยาบาลพังงาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา และ 1 วันหลังตื่นนอนญาติพบว่าไม่พูด ถามไม่ตอบ แต่ทำตามคำสั่งบางครั้ง น้ำไหลจากปากด้านซ้าย มุมปากด้านขวาเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นคืบปาก แขนขาอ่อนแรง เดินได้ต้องช่วยพยุงแรกรับรู้สีกตัวสามารถลืมตาได้เอง ออกเสียงไม่เป็นภาษาไม่มีความหมาย ขยับทำตามคำสั่งได้ รุ่ตามมีปฏิกิริยาต่อแสงได้ดีทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขาอ่อนแรง grade 3 ขาขาอ่อนแรง grade 3 แขนซ้ายอ่อนแรง grade 4 ขาซ้ายอ่อนแรง grade 4 มี มุมปากด้านขวาเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นคืบปาก สัญญาณชีพแรกรับรู้ความดันโลหิต 152/88 mmHg. ชีพจร 86 ครั้ง/นาที

หายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับความอึดตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย 100% อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ผลการตรวจทางรังสี พบรอยฝ้าตำแหน่งปอดล่างด้านซ้าย CT NC : พบ Hypodense lesion with loss of gray white matter interface at left frontal suggested acute infarction an old lacunar infarction at right cerebellum ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Atrial Fibrillation อัตรา 86 ครั้ง/นาที การวินิจฉัย : Ischemic stroke left frontal and left lentiform การรักษาที่ได้รับ วันที่ 27 พฤษภาคม 2559 ให้ยา Warfarin (5) ½ tablet oral hs. ให้ยาลดไขมันในเลือด Simvastatin (20) 1 tablets oral hs. ให้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือป้องกันอาการเจ็บหน้าอก Metoprolol (100) 1 tablets oral เข้า-เย็น. ให้ 0.9% NaCl 1000 ml iv. drip rate 80 ml/hr. ไร้ตลอด record I/O ทุกวัน ผลตรวจเลือด PT 13.5 sec. PTT 25.4 sec./ratio PT-INR 1.26 sec./ratio off ยา Warfarin ไว้ก่อน วันที่ 31 พฤษภาคม 2559 พบมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38°C พบเม็ดเลือดขาวในเลือด WBC 14.05 K/uL ฮีมาโตคริต 34.0% ตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ 20-30 Cells/HPF ให้ Ceftazidime 2 gm. iv. push ทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 2 มิถุนายน 2559 ไม่มีไข้ ตรวจปัสสาวะซ้ำ : WBC-UA 10-20 Cells/HPF วันที่ 3 มิถุนายน 2559 เริ่มให้ Warfarin (5) ½ tablet oral hs. รักษาครบ 8 วัน อาการคงที่ไม่มีไข้ ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว รับประทานอาหารได้ไม่ลำบาก จำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 4 มิถุนายน 2559 วันที่ 15 มิถุนายน 2559 ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ตรวจผล INR 1.84 ความดันโลหิต 100/60 mmHg ไม่มีจุดเลือดออกที่ใด อาหารรับประทานได้ ลูกเดิน พยุงขึ้นรถขึ้นได้ จากรายงานผู้ป่วยพบปัญหาและให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามขั้นตอนการพยาบาล มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จากหลอดเลือดสมองด้านหน้าซ้ายตีบและภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิต 152/88 mmHg. ระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow Coma scale E₄V₂M₆ มี motor aphasia พูดลิ้นคับปาก มุมปากซ้ายตก Motor power แขนขวาอ่อนแรง grade 3 ขาขวาอ่อนแรง grade 3 แขนซ้ายอ่อนแรง grade 4 ขาซ้ายอ่อนแรง grade 4

วัตถุประสงค์ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีอาการชัก เกร็ง กระตุก Pupil ไม่เท่ากัน คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง BP>220/120 mmHg ชีพจรเต้นเร็ว >120/min ชักเกร็ง

การพยาบาล

1. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอ และสะโพก ไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก การไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น ห้ามจัดท่านอนคว่ำ หรือนอนศีรษะต่ำ⁽³⁾

2. เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 รายงานแพทย์ทราบ

3. ตรวจเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากพบสัญญาณชีพผิดปกติ ดังนี้ ระดับความดันโลหิต SBP >185-220 mmHg, DBP >120-140 mmHg

4. ตรวจเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนถ้าพบ O₂ Sat <90% หรือผู้ป่วยมีภาวะ cyanosis รายงานแพทย์ทราบ^(4,5) (รายงานภายใน 4 นาที)

5. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว รูม่านตาไม่เท่ากัน เกร็ง แขน ขาอ่อนแรงลงจากเดิม และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติหากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที⁽⁶⁾

6. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ดูแลให้ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงในช่วงเฝ้าระวังอาการใน 24 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยให้มากที่สุด จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยพักผ่อน

ประเมินผล สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว เกร็ง Glasgow Coma scale E₄ V₃ M₆ และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ

2. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสารเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองด้านหน้าซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน แขนขวาอ่อนแรง grade 3 ขาขวาอ่อนแรง grade 3 แขนซ้ายอ่อนแรง grade 4 ขาซ้ายอ่อนแรง grade 4 พูดลิ้นคับปาก มุมปากซ้ายตก พูดสื่อสารไม่ชัด การประเมิน Barthel Index แรกรับเท่ากับ 40 มีความพิการระดับรุนแรง ต้องการความช่วยเหลือในการเดิน การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า ต้องมีคนช่วยเหลือ ผล CT พบหลอดเลือดสมองด้านหน้าซ้ายตีบ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน และสามารถทำ Active exercise ได้ และญาติช่วยทำ Passive exercise ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารโดยการพูดได้ชัดเจน และสามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ดี

การพยาบาล

1. สอน/สาธิต ให้คำแนะนำญาติในการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตนเอง การดูแล Hygiene care ลดการหมักหมมของเชื้อโรค

2. ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองมากที่สุดทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชนขณะลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมขณะอยู่ที่บ้าน

3. สอนและแนะนำเกี่ยวกับการทำ Active exercise และ Passive exercise ขณะอยู่ที่บ้าน

ในชุมชน โดยให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อน และประเมินความพร้อมก่อนทุกครั้ง ถ้าพบอาการ เช่น T>38 °C BP>160/100 P>100 ครั้ง/นาที ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง เจ็บแน่นหน้าอก งดการรับประทานอาหาร

4. ประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการพูด สอน การฝึกกล้ามเนื้อเพื่อการพูด ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการพูด และแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง⁽¹⁾ ขณะพูดกับผู้ป่วย ใช้คำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบใช่หรือไม่ใช่ และไม่เร่งรัดคำตอบ ขณะสื่อสารสบตากับผู้ป่วยแสดงการยอมรับ การแสดงออกของผู้ป่วยในการอธิบายความหมาย⁽¹⁾ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยกับญาติบ่อยๆ

5. สอนแนะนำญาติในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง บกพร่องขณะอยู่ในชุมชน คือ ผู้ป่วยซึมลง หดสดี สับสน⁽³⁾

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยวิธีการรับประทานอาหารป้องกันการสำลัก และให้คำแนะนำญาติถึงประเภทอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย คือ อาหารลดมัน ลดเค็ม อาหารอ่อนนุ่มง่าย เป็นต้น เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ อันเนื่องจากอาหารไขมันสูง

ประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ผลดีของการออกกำลังกายช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถทำ Active exercise ได้ถูกต้องในทุกท่าที่สอน วันละ 2 ครั้ง ขณะอยู่ที่บ้าน ไม่มีแผลกดทับ การพูดสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถใช้ภาษาในการสื่อสารถึงความต้องการและตอบคำถาม “ใช่” และ “ไม่ใช่” ได้ สามารถแสดงอาการถึงความต้องการที่จะสื่อสารและพยายามที่จะสื่อสารได้ สามารถฝึกกล้ามเนื้อลิ้นและริมฝีปากได้ตามการสาธิตอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ขณะอยู่ที่บ้าน รับประทาน

อาหารได้เองไม่สลัก ล้างหน้า แปรงฟันได้เอง ลูกเดิน พยุงขึ้นรถขึ้นได้

3. มีการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38 °C ผลตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 14.05 K/uL ตรวจปัสสาวะสมบูรณ์แบบ พบปริมาณเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ 20-30 cells/HPF

วัตถุประสงค์ ไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย

การพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ ดังนี้ กระตุ้นให้มีการขับถ่ายปัสสาวะโดยใช้หมอนอน ทุก 2 ชั่วโมง และค่อยๆ ขยายเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะออกไป ในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ปรึกษาแพทย์ในการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี แต่ไม่ควรดื่มมากก่อนนอน อาจจะขับถ่ายปัสสาวะช่วงนอนหลับ ทำให้รบกวนแบบแผนการนอน

2. ประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย โดยบันทึกจำนวนน้ำเข้า-น้ำออกทุกวัน ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

3. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอในแต่ละวันเพื่อให้ร่างกายปรับสมดุล และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ สร้างภูมิคุ้มกันต่อสู้กับเชื้อโรคได้ ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000 ml iv. drip rate 80 ml/hr. เพื่อให้มีปริมาณน้ำในร่างกายอย่างเพียงพอชดเชยจากการดื่มน้ำได้น้อย ดูแลให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยระบายความร้อนและลดอุณหภูมิของร่างกาย และทดแทนปริมาณน้ำที่สูญเสียไปในแต่ละวันจากการเผาผลาญของร่างกาย

ประเมินผล ไม่มีไข้ ปัสสาวะไม่แสบขัด ผลตรวจปัสสาวะ Urinalysis : WBC ลดลงจาก 20-30 Cells/HPF เหลือ 10-20 Cells/HPF

4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน ได้รับยา Warfarin ผลตรวจเลือด PT 13.5 sec. PTT 25.4 sec./ratio PT-INR 1.26 sec./ratio

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

การพยาบาล สอนแนะผู้ป่วยและญาติ เน้นย้ำให้ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างการให้ยา และอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด ป้องกันการหกล้ม เป็นต้น ติดตามลงเยี่ยมที่บ้านดูแลให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังอันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือด ประสานเภสัชกร ในการออกตรวจเยี่ยมประเมินตรวจสอบการให้ยา การจัดเก็บและให้คำแนะนำในการใช้ยา warfarin แก่ผู้ป่วยและญาติขณะอยู่ที่บ้าน ติดตามค่า INR จากการมาตรวจรักษาตามนัดในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ

ประเมินผล ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกที่ใด ผู้ป่วยและญาติทราบ ตอบคำถามได้ถึงอันตรายและอาการที่ต้องเฝ้าระวังและแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ ผล INR ปกติ

5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มุมปากซ้ายตก แขนขาขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยพยายามลุกช่วยเหลือตนเองบนเตียง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุแก่ผู้ป่วย

การพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาลดูแลไม่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือฉีดยาข้างขวาของร่างกายเพราะการไหลเวียนช้าลง อาจทำให้เกิดอาการบวมได้⁽⁷⁾ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อไม่เกิดอันตรายขึ้นได้ ลงพื้นที่ในชุมชนตรวจเยี่ยม และให้คำแนะนำญาติในการจัด

วางสิ่งของไว้ทางขวาและใกล้มือผู้ป่วยที่จะเอื้อมหยิบใช้ได้ และเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยละเลยร่างกายซีกขวา หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม ให้คำแนะนำญาติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องปลอดภัยและให้การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากความร้อน-เย็น

ประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ ไม่มีบาดแผลตามร่างกายสามารถใช้ร่างกายซีกขวาช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันได้พอสมควรขณะอยู่ที่บ้านและในชุมชน

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เสี่ยงที่จะมีอาการป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก จากประวัติมีภาวะ Atrial fibrillation ซึ่งเป็นโรคที่สามารถทำให้มีการหลุดของ Emboli จากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^(8,9) และพบมีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากอายุ จากการศึกษาของ Framingham พบปัจจัยเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อปรับค่าตามอายุ ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มม.ปรอท มีค่าเท่ากับ 2.9 ในผู้หญิง⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้การศึกษาเดียวกันพบว่า เมื่อความดันโลหิต systolic เพิ่มขึ้น 10 มม.ปรอท จะมี relative risk ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 1.7 ในเพศหญิง⁽¹¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-170/90 mmHg. นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอายุ 66 ปี ซึ่งอายุเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ที่มียายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก จากการศึกษาของ Rochester, Minnesota พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่ออายุ 1 ปี ที่เพิ่มขึ้น นอกจาก

นี้การศึกษาในชาวเอเชียในไต้หวัน พบว่าอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจากจำนวน 100 คนในประชากรแสนคนที่อายุ 38 ปี เป็นจำนวน 1,000 คนในประชากร 100,000 คน เมื่ออายุ 63 ปี⁽¹²⁾ ผู้ป่วยรายนี้ แพทย์วินิจฉัยเป็น Ischemic stroke เนื่องจาก Onset ในการเกิดโรคนานกว่า 3 ชั่วโมง การรักษาจึงเป็นการรักษาตามอาการ ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือด Warfarin (5) 1/2 tablets oral hs. พยาบาลฝึกญาติคอยสังเกตอาการผิดปกติจากการได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin) ส่งผู้ป่วยฝึกทำกายภาพบำบัดสอนญาติให้สามารถทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลลงพื้นที่ติดตามดูแลเยี่ยมบ้านในชุมชน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายแบบ Active resistive exercise และฝึกญาติทำ passive exercise ให้กับผู้ป่วย สอนแนะนำญาติ ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ข้างที่อ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวที่ต่อน้อยวันละ 3 ครั้ง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านในชุมชน ดูแลและให้คำแนะนำอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมไขมันในเลือดที่สูง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เริ่มเข้าสู่ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน สอนผู้ป่วยในการฝึกกล้ามเนื้อ และทักษะการสื่อสารให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือดี ผู้ป่วยสามารถทำ Active exercise ได้ถูกต้องในทุกท่าที่สอน วันละ 2 ครั้ง ขณะอยู่ที่บ้าน ไม่มีผลกดทับ การพูดสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถใช้ภาษาในการสื่อสารถึงความต้องการและตอบคำถาม “ใช่” และ “ไม่ใช่” ได้ สามารถแสดงอาการถึงความต้องการที่จะสื่อสาร และพยายามที่จะสื่อสารได้ สามารถฝึกกล้ามเนื้อลิ้น และริมฝีปากได้ตามการสาธิตอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ขณะอยู่ที่บ้าน รับประทานอาหารได้เองไม่ล้ากลั้งหน้า แปร่งฟันได้เอง

สรุป

จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองตีบ อันนำไปสู่การขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เกิดภาวะสมองตายส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในด้านการรับรู้สติปัญญา ปัญหาด้านการพูดและการสื่อสาร ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง การกลืนลำบาก การฟื้นฟูสภาพ จำเป็นต้องใช้ผู้ดูแลที่มีความรู้ ความชำนาญอย่างต่อเนื่อง หากได้รับการดูแลรักษาไม่ดีย่อมก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ อุบัติเหตุ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ การสำลักอาหาร เกิดภาวะปอดบวมตามมาได้ เป็นต้น ก่อให้เกิดภาระแก่ครอบครัวในการดูแลเพิ่มขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของ

โรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาตนเองที่ถูกต้อง เป็นผู้มีบทบาทอย่างมากในการดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย การดูแลฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระกับสังคมในโอกาสต่อไป การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในชุมชน”: กรณีศึกษา ฉบับนี้ จึงนับว่าสำคัญมากในการช่วยให้พยาบาลหรือผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ประกอบการศึกษาหาความรู้ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในชุมชน ให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในโอกาสต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. โรงพยาบาลพังงา. รายงานสถิติประจำปี 2559. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพังงา; 2560. เอกสารอัดสำเนา.
3. เสาวลักษณ์ กองนิล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2557;4(1):90-97.
4. Hacke, W., Kaste, M., Skyhoj Olsen, T., Hacke, W., Orgogozo, J.M. For the EUSI Executive Committee. Acute treatment of ischemic stroke. Cerebrovasc Dis. 2000;10(suppl 3):22-33.
5. Broderick JP, NINDS. Guideline for medical care and treatment of blood pressure in patients with acute stroke. Proceeding of a Nation symposium on Rapid Identification and treatment of acute stroke, December 12-13, 1996.
6. Hickey, J.A. (editor). The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing, 5thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:164-165.
7. กิ่งแก้ว ปาจริย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. กรุงเทพฯ:แอล.ที.เพรส;2547.
8. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation investigators. Predictors of thromboembolism in atrial fibrillation. I. Clinical features of patients at risk. Ann Int Med 1992;116:6-12.
9. Dexter DD, Whisnant JP, Connolly DC, O’Fallon WM. The association of stroke and coronary heart disease: a population study. Mayo Clin Proc 1987;62:1077-83.

10. Wolf PA, Cobb JL, D'Agostino RB. Epidemiology of Stroke. In HJM Barnett, JP Mohr, BM Stein, FMyatsu (eds), Stroke Pathophysiology, Diagnosis and Management. New York: Churchill. Livingstone; 1993;3-27.
11. Wolf PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB. Probability of stroke: A risk profile in Framingham study. Stroke 1991;22:312-8.
12. Piravej K, Wiwatkul W. Risk factors for stroke in Thai patients. J Med Assoc Thai 2003; 86(Suppl2): s291-8.