

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา 2 ราย

มยุรี เมฆทัศน์

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

(วันรับบทความ : 22 มีนาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 13 พฤษภาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 4 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการตาย และการพิการเป็นอันดับต้นของโลก และอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นระยะวิกฤตที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงแต่เนื้อสมองยังไม่ตาย ถ้าทำให้เลือดไหลเวียนได้ทันเวลาและในระดับที่เพียงพอจะทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นฟื้นตัวได้เร็วส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ การให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตามมาตรฐาน สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการพิการและเสียชีวิตลงได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในห้องฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมผ่านคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการคัดกรอง และเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน กรณีศึกษารายที่ 1 อาการสำคัญเวียนศีรษะ อาเจียน อ่อนแรงทั่ว ๆ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการประเมินและคัดกรองอย่างถูกต้อง รวดเร็ว แพทย์วินิจฉัย Ischemic stroke (Fast Track) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ขณะให้ยาและขณะ Admit ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษารายที่ 2 อาการสำคัญ พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง Last seen normal 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Stroke Non Fast Track ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผล Lt basal ganglia hemorrhage with IVH ขณะอยู่ในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง และมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยาควบคุมความดันโลหิต พยาบาลได้เฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องใกล้ชิด และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามแนวปฏิบัติ ซึ่งพบว่า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในห้องฉุกเฉิน

สรุป: การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การพยาบาล ห้องฉุกเฉิน

Nursing Care for Patients with Acute Stroke in the Emergency room : A Case Study of 2 Case

Mayuree Mekthat

Emergency Department, Hatyai hospital, Songkhla, Thailand

Abstract

Background: Stroke is a leading cause of death and disability worldwide, and its incidence is increasing every year. Stroke is a critical condition where the brain is deprived of blood supply, but the brain tissue remains viable. If blood flow is restored promptly and at a sufficient level, the affected brain tissue can recover quickly, leading to the patient returning to normal. Emergency room nurses play a crucial role in caring for patients during this phase. Providing timely, accurate nursing care according to standards can prevent complications, ensuring patient safety and reducing rates of disability and mortality.

Objective: To study the nursing management of acute stroke patients in the emergency room: A case study of 2 cases.

Materials and Methods: Comparative study of nursing care for Patients with Acute Stroke in the Emergency room. Tools used in the study consisted of Data recording form Gather information from patient medical records. Comparative data analysis Risk factors for acute stroke, pathology, signs and symptoms, treatment, problems and nursing diagnosis. Emergency room discharge planning. The researcher requested ethics through the ethics committee. Hat Yai Hospital to carry out this research.

Results: Both case study patients were screened. and continually monitor symptoms Using guidelines for screening and nursing care for Patients with Acute Stroke in the Emergency Room. In Case Study 1, the patient presented with prominent symptoms of headache, vomiting, and overall weakness, which had begun approximately 3 hours prior to hospital arrival. Prompt and accurate assessment led to a diagnosis of ischemic stroke (Fast Track), and the patient received rt-PA thrombolysis medication during admission without complications. In Case Study 2, the patient exhibited significant symptoms of slurred speech and weakness in the limbs, with a last-known-well time of 8 hours before hospital admission. The diagnosis of non-Fast Track stroke was made by a physician, and a brain computed tomography (CT) scan revealed left basal ganglia hemorrhage with intraventricular hemorrhage (IVH). The patient

experienced decreased level of consciousness and hypertension. Endotracheal intubation was performed, and antihypertensive medication was administered. Continuous close monitoring and nursing care were provided to prevent various complications, resulting in the absence of complications during the emergency room stay for Case Study 2.

Conclusions: This study demonstrates the significant role of nurses in screening and assessing patients to monitor for changes in their condition, leading to prompt treatment, patient safety, and reduction of potential complications.

Keyword: Nursing Care, Acute Stroke, Emergency room

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หรือ acute stroke เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสอง และการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) กรมควบคุมโรค ประเมินการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้⁽²⁾ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ยังพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อ ประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น⁽³⁾ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายโดยฉับพลันเนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยง เนื้อสมองบริเวณนั้นๆได้ เนื่องจากมีการตีบตัน หรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติ ของระบบประสาทแบบทันทีทันใดและอาการคงอยู่ นานกว่า 24 ชั่วโมงสามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรือเป็น อัมพฤกษ์ อัมพาตได้ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม⁽⁴⁾ โรคหลอดเลือดสมองตีบมีความซับซ้อนต้องการการรักษาที่เฉพาะแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิต และจำกัดความพิการไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ถ้าเราสามารถทำให้เลือดไหลเวียนได้ทันเวลาและในระดับที่เพียงพอ ก็สามารถทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นฟื้นตัวได้เร็วส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ ความผิดปกติทางระบบประสาทจะกลับมาเป็นปกติหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการรักษา ขนาด

ของตำแหน่งเนื้อสมองที่ขาดเลือดแต่ยังไม่ตาย ขนาดพื้นที่ของเนื้อสมองที่เสียหาย อายุของผู้ป่วย เป็นต้น จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง และการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกภายในเวลา 6-12 ชั่วโมง สามารถลดอัตราตายและความพิการได้

ปัจจุบันห้องฉุกเฉินมีการพัฒนาระบบบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันโดยใช้ระบบช่องทางด่วน (stroke fast track) มีรายงานการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าระบบ stroke fast track ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้อย่างชัดเจน พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นบุคคลแรกที่พบผู้ป่วยมีบทบาทที่สำคัญในการประเมินและ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง หรือการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกภายในเวลา 6-12 ชั่วโมง แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เริ่มตั้งแต่พยาบาลประเมินผู้ป่วย หากสงสัยว่ามีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองต้องแจ้งแพทย์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาผ่านระบบช่องทางด่วน (stroke fast track) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่การประเมิน ทางระบบประสาท ชักประวัติ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้รับ การสแกนสมอง CT non contrast อย่างรวดเร็ว และอาจได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ⁽⁵⁾

โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 700 เตียงเป็นโรงพยาบาลระดับแม่ข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 12 มีโรงพยาบาลลูกข่ายในจังหวัด 16 แห่ง และนอกจังหวัด 59 แห่ง

ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการ 2,077, 1,539 และ 1,520 รายตามลำดับ โดยพบอัตราผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ภายใน 4.5 ชั่วโมง ร้อยละ 60.35, 65.52 และ 67.07 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 7.56, 7.48 และ 7.94 อัตราผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษาดูแลด้วยการเปิดหลอดเลือดด้วยยาภายในเวลา 45 นาที ร้อยละ 90.65, 86.00 และ 100 ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินจำนวน 767, 703 และ 799 ราย พบว่าอัตราผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track ร้อยละ 32, 34 และ 21 ตามลำดับ⁽⁶⁾ พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นบุคลากรวิชาชีพแรกที่พบผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่ โดยใช้อำนาจความรู้ และทักษะในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย อย่างถูกต้องรวดเร็ว การให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทุกระยะของการดูแลในห้องฉุกเฉินจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้⁽⁷⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในห้องฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อาการ อาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยค้นหาปัญหาและวางแผนกระบวนการพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา และประเมินผลกระบวนการพยาบาล โดยยึดตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล (7 Aspect of Care) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ปวส. อาชีพ พนักงานโรงงาน สิทธิการรักษา ประกันสังคม มีภรรยาเป็นผู้ดูแล

วันที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 25 ธันวาคม 2566 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 ธันวาคม 2566

การวินิจฉัยโรค Ischemic stroke (Fast Track)

ข้อมูลการเจ็บป่วย

อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล : มึนศีรษะ บ้านหมุน อาเจียน อ่อนแรงทั่ว ๆ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถยนต์ไปส่งหลานที่โรงเรียนมีอาการปกติดี ขณะขับรถกลับมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุนกลับถึงบ้านมีเวียนศีรษะ อาเจียน อ่อนแรงทั่ว ๆ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : HT รับยาโรงพยาบาลสม่ำเสมอ

พฤติกรรมเสี่ยง : สูบบุหรี่ใบบาก 10 ปี ปริมาณ 10 มวนต่อวัน ดื่มสุราเมื่อต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์

อาการแรกพบ : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale = 15 (E4V5M6) pupil 2 mm reaction to light BE Motor power แขนขาทั้ง 2 ข้าง Gr 2 ไม่มี Facial Palsy อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (RA) แพทย์ส่ง CT brain ผล acute left PICA territory infarction ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke (Fast Track)

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 67 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ปลูก.โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง สิทธิการรักษา บัตรทอง มีน้องสาวเป็นผู้ดูแล

วันที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 9 ธันวาคม 2566 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 17 ธันวาคม 2566

การวินิจฉัยโรค : Lt basal ganglia hemorrhage with IVH (Non Fast Track)

ข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี - สูบบุหรี่ไปจาก 10 ปี ปริมาณ 10 มวนต่อวัน -ดื่มสุราเมื่อต้องไปงาน เลี้ยงสังสรรค์ -มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 64 ปี -ดื่มสุราเมื่อต้องไปงาน เลี้ยงสังสรรค์ -มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง -ไม่มีประวัติสูบบุหรี่	ผู้ป่วยทั้งสองราย เป็นเพศชาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุมากขึ้นมีความเสี่ยงสูงขึ้นและเพศชายมีโอกาasเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ⁽⁸⁻¹⁰⁾ การสูบบุหรี่ ผู้ป่วย รายที่ 1 มีประวัติการสูบบุหรี่ และผู้ป่วย

อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล : พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง Last seen normal 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 ชม.ก่อนมาโรงพยาบาลญาติพบผู้ป่วย ซึมลง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด อ่อนแรงซีกขวา Last seen normal ก่อนเข้านอน ประมาณ 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติ เรียกกู้ภัยนำส่ง โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : HT รับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ

พฤติกรรมเสี่ยง : ดื่มสุราเมื่อต้องไปงาน เลี้ยงสังสรรค์ ปฏิเสธการสูบบุหรี่

อาการแรกพบ : ผู้ป่วยรู้สึกตัว Glasgow coma scale = 12 (E3V3M6) pupil 2 mm reaction to light BE Motor power แขนและขาข้างขวา Gr 0, แขนและขาข้างซ้าย Gr 3 มี Rt Facial Palsy อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/111 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (RA) แพทย์เริ่มให้การรักษา โดย ส่ง CT brain ผล Lt basal ganglia hemorrhage with IVH ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น hemorrhagic stroke (Non Fast Track)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา
			ทั้ง 2 รายมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และดื่มสุรจากการพบทวนวรรณกรรมพบว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนในสมองน้อยลง ปริมาณ hemoglobin ในเลือดเพิ่มขึ้น การทำงานของสาร insulin ผิดปกติเกิดการลดลงของ albumin มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดและ blood-brain-barrier รวมทั้งมีผลกระทบไปจนถึงระดับ gene และยังพบว่าการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับ Cholesterol การลดระดับของ High Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มการผลิตของ Catecholamine และปริมาณของ Carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่มีผลต่อการทำลาย Endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย และภาวะความดันโลหิตสูงโดยมีข้อมูลรองรับว่า ความดันโลหิตสูงจะค่อย ๆ ทำให้หลอดเลือดภายในร่างกายค่อย ๆ เสื่อมลงและตีบลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะหลอดเลือดสมอง และผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงอาจมีโอกาเกิดโรคหลอดเลือด

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา
			สมองเพิ่มขึ้นมากกว่าคนปกติถึง 4 เท่า^(13,15) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อความดันโลหิตสูงเนื่องจากจะไปกระตุ้นหัวใจให้สูบฉีดเลือดเร็วและแรงขึ้น เนื่องจาก “ร้อยละ 95 ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปจะซึมเข้าสู่กระแสเลือด ผ่านทางเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะไปขยายหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้นและอาจทำให้เส้นเลือดแตกได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ปานกลางไปจนถึงหนัก เนื่องจากผลงานวิจัยการศึกษาปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มมีความสัมพันธ์กับ Systolic BP และ Diastolic BP โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1-2 แก้วต่อวัน (1 แก้วเท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์ 30 ซีซี หรือ 1 ดื่มมาตรฐาน) จะเพิ่ม Systolic BP และ Diastolic BP 1 และ 0.5 mmHg และนอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 30 ซีซี ต่อวัน ยังมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการ metabolic syndrome เป็น 12 เท่า และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะส่งผลให้เลือดอ่อนตัว เลือดออกง่ายและหยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของ

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา
			หลอดเลือดในสมอง ประกอบ กับความดันโลหิตสูง และภาวะ เลือดออกง่ายจากการดื่มสุรา ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมอง จะมีโอกาสเกิดมากขึ้น และมี ความรุนแรง และนำไปสู่โรค หลอดเลือดสมองได้⁽¹¹⁻¹²⁾
พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale = 15 (E4V5M6) pupil 2 mm reaction to light BE Motor power แขน ขาทั้ง 2 ข้าง Gr 2 ไม่มี Facial Palsy อุณหภูมิ ร่างกาย 36.3 องศา เซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 98 % (RA) แพทย์ส่ง CT brain ผล acute left PICA territory infarction Consult Med ให้ rt-PA และ Admit Stroke Unit	เรารู้สึกตัว Glasgow coma scale = 12(E3V3M6) pupil 2 mm reaction to light BE Motor power แขน และขาข้างขวา Gr 0, แขนและขาข้างซ้าย Gr 3 มี Rt Facial Palsy อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/111 มิลลิเมตร ปรอท ความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 98 % (RA) แพทย์เริ่มให้การ รักษาโดยส่ง CT brain ผล Lt basal ganglia hemorrhage with IVH Volume 24 , <i>midline</i> <i>shift</i> to Rt 0.5 cm ระหว่างรอ Admit BP สูง 194/125 mmHg> 230/121 mmHg Glasgow coma scale	อาการและอาการแสดงของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลันได้แก่ 1.พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือไม่ สามารถเข้าใจคำพูดของคนอื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกสับสน มึนงง พูดไม่ ชัด หรือมีปัญหาในการทำ ความเข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด 2.อาการอ่อนแรง หรือชาบริเวณ หน้า แขน ขา ผู้ป่วยจะเกิด อาการอ่อนแรงหรือชาอย่าง เฉียบพลันบริเวณ หน้า แขน หรือขา โดยส่วนใหญ่แล้วอาการ จะเกิดกับร่างกายแค่ด้านเดียว ร่วมกับอาการปากเบี้ยว พูดไม่ ชัดหรือพูดไม่ได้ 3.ปัญหาด้านการมองเห็นที่ตา ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ผู้ป่วยจะเกิดอาการตามัวแบบ เฉียบพลันหรือเห็นภาพซ้อน 4.เวียนศีรษะหรือปวดศีรษะ อาการรุนแรงแบบเฉียบพลัน มักจะพบร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่นปัญหาด้านการเดินเซ การ ทรงตัวผิดปกติ หรือซีมลง

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา
		= 12(E2V3M5) แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Nicardipine (1:5) IV rate 5 ml/hr และ On ETT No 7.5 depth 20 cm Consult Neuro Sx. > no surgical condition ตอนนี้ suggest admit med -Consult Med ให้ admit Stroke Unit	(Altered Consciousness) มีนึ้ระชะ อาการคลื่นไส้อาเจียน⁽¹³⁾ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการและอาการแสดงที่ตรงกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ต่างกันที่ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการดังนี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน Motor power แขนขาทั้ง 2 ข้าง Gr 2 ไม่มี Facial Palsy ซึ่งตรงตามทฤษฎีและเข้า Criteria Fast Tract เพราะมีอาการและมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายที่ 2 ซึมลง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด อ่อนแรงซีกขวา Glasgow coma scale = 12(E3V3M6) pupil 2 mm reaction to light BE Motor power แขนและขาข้างขวา Gr 0, แขนและขาข้างซ้าย Gr 3 มี Rt Facial Palsy ซึ่งในการวินิจฉัยที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อดูพยาธิสภาพของสมองและวางแผนการดูแลรักษาได้ถูกต้องเหมาะสม กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้ส่งทำ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตามแนวทางการรักษาผล เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง กรณีศึกษา รายที่ 1 พบ

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา
			acute left PICA territory infarction Consult Med ให้ rt-PA รายที่ 2 พบ Lt basal ganglia hemorrhage with IVH no surgical condition ให้ ยา Nicardipine เพื่อควบคุมความดันโลหิต ป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง(IICP)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	FBS 299 Mg% CBC พบ WBC สูง 14500 cell/cu.mm Hct 45.7 % Neutrophils สูง 78 % Lym ต่ำ 18% PT 11.5 sec PTT 24.2 sec INR1.03 BUN 12 mg./DL Cr ต่ำ 0.63 mg./DL Electrolyte ผลปกติดังนี้ Na 136.5 mmol/L K 3.68 mmol/L Cl 102.4 mmol/L CO2 ต่ำ 18 mmol/L	FBS 122 Mg% CBC WBC 12230 cell/cu.mm Hct 40.6 % Neutrophils สูง 76 % Lym ต่ำ 10% Eosinophil สูง 10 PT 11.4 sec PTT 23.9 sec INR1.02 BUN 12 mg./DL Cr ต่ำ 0.63 mg./DL Electrolyte ดังนี้ Na 144.6 mmol/L K ต่ำ 2.57 mmol/L Cl 118.4 mmol/L CO2 ต่ำ 16 mmol/L	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมือนกันตาม Standing Order ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษในห้องฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีค่า WBC สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน electrolyte รายที่ 2 ผิดปกติ มี hypokalemia with metabolic acidosis ค่า PT PTT INR ปกติทั้ง 2 ราย ซึ่งนำไปประกอบในการตัดสินใจในการรักษา นั่นคือ กรณีศึกษา รายที่ 1 ค่า PT, PTT, INR ปกติ เป็นข้อบ่งชี้ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถให้ยา rt-PA ได้ ในกรณีศึกษารายที่ 2 ใช้เป็นค่าเปรียบเทียบในการเฝ้าระวังสำหรับการดูแลรักษาต่อเนื่อง
การรักษา	-NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr -เจาะDTX -EKG 12 Lead -CXR	-NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr -เจาะDTX -EKG 12 Lead -CT brain	แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 กรณีคือ 1.โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Ischemic

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา
	-CT brain -Work up Lab CBC,BUN,Cr, Electrolyte,BS,PT,PTT ,INR -ย ำ recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ที่ ห้อง CT Scan	-Work up Lab CBC,BUN,Cr, Electrolyte,BS,PT,PTT ,INR -Nicardipine (1:5) IV rate 5 ml/hr -On ETT No 7.5 depth 20 cm -Valium 10 mg iv ก่อน ใส่ ETT -CXR -Consult Neuro Sx. -Consult Med	stroke) ต้องทำการเปิดหลอดเลือดอย่างเร่งด่วน สามารถทำได้ 2 วิธี ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เกิดอาการ ข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการรักษา โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง และการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกภายในเวลา 6 ชั่วโมง 2.โรคหลอดเลือดสมองแตก ต้องปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อวางแผนการรักษาว่าจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ⁽¹³⁻¹⁴⁾ นอกจากแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแล้วการดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินจะต้องมีการประเมินและเฝ้าระวังปัญหาของผู้ป่วย (Reassessment) เป็นระยะครอบคลุมตั้งแต่ Airway, Breathing, Circulation และ Disability และถ้าพบปัญหาด้านใดด้านหนึ่งจะทำการแก้ไขปัญหาในด้านนั้น ๆทันที ในกรณีศึกษารายที่ 1 จากผล CT brain ผล acute left PICA territory infarction ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke (Fast Track) Consult แพทย์แผนกอายุรกรรม ให้ rt-PA ขณะทำการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยไม่พบการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา
			รู้สึกตัวดีตลอด หายใจได้เอง ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (RA) รับไว้รักษาตัวใน Stroke Unit ผู้ป่วยรายที่ 2 CT brain ผล Lt basal ganglia hemorrhage with IVH Volume 24 , midline shift to Rt 0.5 cm ระหว่างรอ Admit BP สูง 194/125 mmHg> 230/121 mmHg Glasgow coma scale = 12(E2V3M5) แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Nicardipine (1:5) IV rate 5 ml/hr และ On ETT No 7.5 depth 20 cm ปรีกษาแพทย์แผนกศัลยกรรมประสาท No surgical condition ให้ admit Stroke Unit
ปัญหาและข้อ วินิจฉัยทางการ พยาบาล	1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อ สมองได้รับออกซิเจนไม่ เพียงพอเนื่องจากการ อุดตันของหลอดเลือด แดงที่มาเลี้ยงสมอง 2.มีโอกาสดเกิดภาวะ ความดันในกะโหลก ศีรษะสูง(IICP) 3.เสี่ยงต่อการเกิด อัน ต ร า ย จ า ก	1.เสี่ยงต่อภาวะเลือด ออกในสมองเพิ่ม 2.มีโอกาสดเกิดภาวะ ความดันในกะโหลก ศีรษะสูง(IICP) 3.เสี่ยงต่อภาวะสมอง บวมจากการมีเลือดคั่งใน สมอง	ผู้วิจัยได้ค้นหาปัญหาและวางแผน กระบวนการพยาบาล ตาม มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน ห้องฉุกเฉินของสำนักงาน กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุขการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองของสถาบัน ประสาทวิทยา และประเมินผล กระบวนการพยาบาล โดยยึดตาม หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา
intracerebral hemorrhage เนื่องจาก ได้รับยา rt-PA	4.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาลดความดัน โลหิตทางหลอดเลือด	4.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการใส่ท่อช่วยหายใจ	(7 Aspect of Care) ^(7,13,16-17) ซึ่ง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาและข้อ วินิจฉัยทางการแพทย์มีความ แตกต่างกันไม่เหมือนกันทั้งหมด
4.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาและอาการของโรค	5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใส่ท่อช่วยหายใจ	6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาและอาการของโรค	ผู้ป่วยรายที่ 1 เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track เพราะระยะเวลาตั้งแต่ มีอาการจนถึงมาโรงพยาบาลไม่ เกิน 6 ชั่วโมง การพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ต้องใช้เวลา อย่างรวดเร็วในการให้การ รักษาพยาบาลเพื่อให้ทันเวลาใน การพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการทำหัตถการสวนหลอดเลือด สมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track และ มีเลือดออกในสมอง การพยาบาล เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่ง การพยาบาลทั้งสองรายจะต้องให้ การพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตามมาตรฐาน เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

วิจารณ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Ischemic stroke) ต้องทำการเปิดหลอดเลือดอย่างเร่งด่วน สามารถทำได้ 2 วิธี ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เกิดอาการ ข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการรักษา โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง และการทำหัตถการสวนหลอดเลือด

หลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกภายในเวลา 6-12 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการคัดกรองจากพยาบาลคัดกรองหน้าห้องฉุกเฉิน โดยใช้แนวทางการคัดกรอง (triage) ตามแบบประเมินการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยมีอาการที่เข้าเกณฑ์ stroke Fast Track ให้นำผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินและรายงานแพทย์ทันที แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke (Fast Track) ซึ่งตามแนว

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track มีเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัดคือ Door to CT initial time < 25 นาที Door to needle time < 60 นาที และ Door to puncture time of thrombectomy < 90 นาที ดังนั้นพยาบาลห้องฉุกเฉินต้องประเมินและให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้าเกณฑ์ Fast track อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ตามมาตรฐาน เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมต่อแนวทางการรักษา ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (2) การประสานงานทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (3) การให้ออกซิเจนเมื่อมีภาวะ hypoxemia (4) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล (5) การเฝ้าระวังและติดตามอาการ (6) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (7) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (8) การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องแนวทางและขั้นตอนการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติและเสนอยินยอมรับการรักษา (9) การประเมินอาการอย่างต่อเนื่องและนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พร้อมทั้งเฝ้าระวังติดตามอาการจนกว่าผู้ป่วยจะทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเสร็จ และ (10) ส่งต่อข้อมูลการรักษาและปัญหาทางการพยาบาลที่ได้รับการแก้ไขแล้วและปัญหาที่ยังเหลืออยู่ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย Stroke Unit รับทราบเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการทำ CT brain ภายใน 23 นาที ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 45 นาที ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ขณะให้ยาไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วย Admit ที่หอผู้ป่วย Stroke Unit 3 วัน ขณะ Admit ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน Glasgow coma scale = 15 (E4V5M6) Motor power แขนขาทั้ง 2 ข้าง Gr 5

ไม่มี Facial Palsy แพทย์นัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ กรณีศึกษาครั้งที่ 2 เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ต้องปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อวางแผนการรักษาว่าจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหรือไม่ โดยผู้ป่วยรายนี้พยาบาลคัดกรองประเมินผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track แต่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow coma scale = 12 (E3V3M6) pupil 2 mm reaction to light BE Motor power แขนและขาข้างขวา Gr 0, แขนและขาข้างซ้าย Gr 3 มี Rt Facial Palsy จึงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินและรายงานแพทย์ทันที แพทย์วินิจฉัย Stroke Non Fast Track นอกจากแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแล้วการดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินจะต้องมีการประเมินและเฝ้าระวังปัญหาของผู้ป่วย (Reassessment) เป็นระยะ ครอบคลุมตั้งแต่ Airway, Breathing, Circulation และ Disability และถ้าพบปัญหาด้านใดด้านหนึ่งจะทำการแก้ไขปัญหานั้นๆ ทันที ซึ่งขณะอยู่ในห้องฉุกเฉินพยาบาลให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในห้องฉุกเฉิน และได้นำส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ Lt basal ganglia hemorrhage with IVH หลังกลับจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พยาบาลได้มีการประเมินติดตามอาการ พบว่าผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow coma scale = 10 (E2V3M5) และมีภาวะความดันโลหิตสูงเข้าได้กับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) แพทย์ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและยาควบคุมความดันโลหิตสูงส่ง Admit Stroke Unit ขณะ Admit ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง

เพิ่ม เข้ารับการรักษา 8 วัน ก่อนจำหน่าย
Glasgow coma scale = 11 (E4V2M5) Motor
power แขนและขาข้างขวา Gr 0, แขนและขา
ข้างซ้าย Gr 5 มี Rt Facial Palsy แพทย์นัด
ติดตามอาการตามสิทธิ์การรักษา จากการศึกษาทั้ง
2 ราย พบว่าพยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญ
ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ
เฉียบพลันทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่ระยะคัด
กรอง ระยะให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในห้องฉุกเฉิน
และระยะจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน

สรุป

พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นบุคลากรวิชาชีพ
แรกที่พบผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย
มีโอกาสดำเนินการรักษาที่ทันเวลาที่ โดยใช้องค์
ความรู้ และทักษะในการประเมินและคัดกรอง
ผู้ป่วย อย่างถูกต้องรวดเร็ว การให้การพยาบาลที่
มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามมาตรฐาน ทุกระยะ
ของการดูแลในห้องฉุกเฉินจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ
การรักษาที่รวดเร็ว และสามารถป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization
2. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข 2565
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. นิภาพร บุตรสิงห์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล. 2562;34(3):15-29.
5. บดีภัทร วรฐิตอนันต์. ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครปฐม : ความท้าทายเข้าสู่แนวปฏิบัติที่ดีเลิศในประเทศไทย.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2562; 35(2):17-29.
6. ศูนย์พัฒนาข้อมูลคุณภาพโรงพยาบาลหาดใหญ่. รายงานข้อมูลสถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปี 2563-2565.
7. สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
8. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. Stroke. 2009;40:1082-90.

9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. 2563; นนทบุรี:สำนักพิมพ์.อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.10
10. World Stroke Organization.Prevent Stroke.2024.[เข้าถึงเมื่อ กุมภาพันธ์ 2567].เข้าถึงได้จาก: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/prevent-stroke>.
11. Rebrain-physio.com. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:สุรา / เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.2022.[เข้าถึงเมื่อ กุมภาพันธ์ 2567].เข้าถึงได้จาก: <https://www.rebrain-physio.com/>.
12. ชนกนันท์ แสนสุนนท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.2565;5(3):124-37.
13. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป(ปรับปรุงครั้งที่5). กรุงเทพฯ. 2567.
14. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์.บทความสุขภาพ.แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน.[อินเทอร์เน็ต].2565.[เข้าถึงเมื่อ กุมภาพันธ์ 2567].เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/treatment-of-stroke>
15. ศิรินาถ ตงศิริ. บุหรี่กับโรคหลอดเลือดสมอง: ยิ่งสูบยิ่งเสี่ยง.วารสารสาธารณสุข.2556;43(3):298-312.
16. เพียงใจ ดาววัลย์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา.วารสารโรงพยาบาลสิงบุรี.2562;28(1):35-42.
17. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก.(ฉบับครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ. 2561.