การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patient Stroke : 2 Case Study

จินตนา สุดสะอาด*
Jintana Sudsaart
Corresponding author: E-mail: Jintana171976@gmail.com
(Received: December 5, 2023; Revised: December 13, 2023; Accepted: January 17, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา : ได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยา ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับยาในการศึกษาใช้แนวคิดทฤษฎีกระบวนการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพ การพยาบาลเกี่ยวกับบุคคล FANCAS

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการซึมไม่พูด มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน และส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลพล ถ่ายภาพรังสีสมอง พบว่ามีภาวะขาดเลือดเฉียบพลันมีการอุดกั้นของหลอดเลือด Middle cerebral ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด (Rt-PA) พบปัญหาคือเกิดภาวะหายใจล้มเหลว หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ให้การรักษาใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยได้รับรักษาและการส่งต่อเพื่อให้การรักษาที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง มาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดเป็นคำๆ ถ่ายภาพรังสีสมองพบว่ามีภาวะขาดเลือดที่ตำแหน่ง Basal ganglia วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก พบปัญหาคือภาวะความดันโลหิตสูง โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เครียดจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษา และส่งต่อเพื่อให้การรักษาที่มีศักยภาพสูงกว่า พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ราย มีระดับความรุนแรงต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาดังกล่าวส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติด้านการรับรู้ สติปัญญา ด้านการพูดสื่อสาร ด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และได้ มีผลต่อการเกิดโรคได้ ดังนั้น พยาบาลควรสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ป่วยโรค NCD การมาตรวจตามนัด และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง; การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

ABSTRACT

Purposes : To study knowledge about nursing for stroke patients and study nursing care for stroke patients Compare 2 case studies**.**

Materials and Methods : Knowledge about anatomy, physiology, risk factors, signs and symptoms were reviewed. Disease diagnosis, treatment, and drug information in the study were based on nursing process theory concepts. Health assessment Nursing about Persons FANCAS.

Main findings : Cases study 1 Thai female patient, age 74 years, denies congenital disease. Came to the hospital feeling depressed and unable to speak. There is weakness in the right limb. Diagnosed with ischemic stroke. And sent for treatment at Phon Hospital Brain radiograph It was found that there was acute ischemia with obstruction of the middle cerebral artery, and blood clot-dissolving drugs (rt-PA) were given. The problem encountered was respiratory failure. Fast, irregular heartbeat high blood pressure low potassium in the blood Provide endotracheal intubation treatment Patients receive treatment and referrals for more potent treatments. Cases study 2 Thai female patient, age 51 years, has a chronic disease of high blood pressure. Came to the hospital with weakness in the left limb, unable to speak words. Brain radiographs showed that there was ischemia in the basal ganglia. Diagnosis was a hemorrhagic stroke. The problem found is high blood pressure, low potassium in the blood Infection in the urinary system Stress from illness Patients are treated and referred for more potent treatments. It was found that the two patients had cerebrovascular disease with different levels of severity.

Conclusions and recommendations : The results of this study as a result, the body has abnormalities in perception, intelligence, and speech communication. Movement or muscle weakness risk factors that can and cannot be changed It can also affect the occurrence of disease, Therefore, nurses should create awareness among people at risk, NCD patients and coming for regular checkups. and take medicine regularly.

Keywords : Stroke; Nursing

* Registered Nurse Professional Level, Phon Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายโดยเฉียบพลันเนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณนั้นๆ ได้เนื่องจากมีการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาท แบบทันทีทันใดและอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลก จากข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นทั่วโลกราว 10-15 ล้านคนในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิตและอีก 5 ล้านคนเป็นอัมพาตถาวร

สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นจากอุบัติการณ์ในปี พ.ศ.2560 คือ 278.49 สูงขึ้นเป็น 330.72 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2565 และพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด คือ 222.19 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกคือ 88.38 ต่อแสนประชากรพบได้ในประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดคือ ร้อยละ 7.36 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.92[1] ถือได้ว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 3 นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ต้นทุนทางตรงสำหรับการบริการกรณีผู้ป่วยในเท่ากับ 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง โดยรวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 162,664.97 บาทต่อปี จากข้อมูลจำนวนของผู้ป่วยในเขตจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ.2562 ถึง 2564 มีจำนวน 5,507, 5,773 และ 5,760 รายตามลำดับ[2] ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลพล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ของจังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี พ.ศ.2563 ถึง 2565 จำนวน 216, 246 และ 329 รายตามลำดับ และจากข้อมูลดังกล่าวนี้พบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหลังความเจ็บป่วยแล้ว (Post stroke) ผู้ป่วยก็ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่และมีคุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านความสัมพันธ์ เศรษฐกิจในครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติด้วย ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการ

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพล ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย[3] และ 2) แบบประเมินภาวะสุขภาพของ FANCAS ที่พัฒนาจากแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS[4]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียนใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในการประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลพล ผู้จัดทำคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยมีการขอความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาก่อนการศึกษาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา การร่วมโครงการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา มีการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติการรักษา

การบันทึกข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลของผู้ร่วมโครงการจะไม่มีการระบุชื่อ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1

หญิงไทย อายุ 74 ปี มาโรงพยาบาล ด้วยอาการซึมไม่พูด มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาลหนองสองห้อง 30 นาที ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน วันที่ 1 สิงหาคม 2566 เวลา 21.18 น. ขณะนั่งเล่นที่เก้าอี้เอน มีอาการพูดไม่ชัด ผู้ป่วยเข้าใจและทำตามคำสั่งได้ มีอาการพูดไม่ชัด ประมาณ 4-5 นาที กลับมาพูดปกติ เวลา 21.30 น. ผู้ป่วยก้มลงหยิบจานที่วางอยู่ที่พื้นห้อง มีอาการตาลอย ซึมไม่พูด มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ลูกชายจึงนำส่งโรงพยาบาลหนองสองห้อง ถึงโรงพยาบาลหนองสองห้อง เวลา 21.48 น. แพทย์วินิจฉัย R/O Ischemic Stroke ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ก่อนส่งตัวต่อโรงพยาบาลพล เวลา 22.35 น. มาถึงผู้ป่วยโรงพยาบาลพล ปฏิเสธโรคประจำตัว, ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต แรกรับผู้ป่วย ซึม ไม่พูด ไม่ทำตามคำสั่ง การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 8 (E2V1M5) การประเมินระดับ การตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง แขนข้างซ้าย ระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 แขนขาข้างขวา ระดับ 0 T=36.5 องศาเซลเซียส, หายใจหอบ 32 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ 150-166 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 204/97 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 94% ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 89 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ NIHSS แรกรับเท่ากับ 21, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ CT พบ Lt. MCA infarction, Electrolyte มีภาวะโปแตสเซี่ยมต่ำ 3.3 mmol/l, EKG พบ AF rate 150-166/min, CXR : มีภาวะหัวใจโต (cardiomegaly) แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ยาลดความดันโลหิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งให้โปแตสเซียมคลอไรด์ ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) No.7 depth 22 ใส่สายสวนคาปัสสาวะ (Retain Foley's catheter) และใส่ท่อสายอาหารลงกระเพาะอาหาร (Retain NG tube) และประสานงาน refer โรงพยาบาลขอนแก่นที่มีศักยภาพสูงกว่า วันที่ 2 สิงหาคม เวลา 01.30 น. รวมวันที่รักษาที่อยู่ในความดูแล 3 ชั่วโมง 5 นาที

ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2

หญิงไทย อายุ 51 ปี มาโรงพยาบาล ด้วยอาการพูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 41 นาที ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน วันที่ 3 มิถุนายน 2566 เวลา 06.00 น ขณะทำงานตากผ้า มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด พูดเป็นคำๆ ญาตินำส่งโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาล เวลา 08.41 น. เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รักษาต่อเนื่อง ขาดยา 3 เดือน แรกรับผู้ป่วยค่อนข้างซึม ลืมตาเอง ถามตอบช้าเป็นคำๆ พูดไม่ชัด ทำตามสั่งได้น้อย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การประเมินระดับความรู้สึกตัว เท่ากับ 13 (E4V3M6) การประเมินระดับ การตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสอง แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 แขนขาข้างขวา ระดับ 4 T=36.7 องศาเซลเซียส, หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 % ความดันโลหิต 201/132 มิลลิเมตรปรอท NIHSS แรกรับเท่ากับ 10 คะแนน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ CT พบ Right basal ganglia hemorrhage, Electrolyte มีภาวะโปแตสเซี่ยมต่ำ 3.1 mmol/l, UA พบWBC=10-20 cell, แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการรักษาโดยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและโปแตสเซียมคลอไรด์ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาฆ่าเชื้อ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนคาปัสสาวะ (Retain Foley's catheter) และใส่ท่อสายอาหารลงกระเพาะอาหาร (Retain NG tube) วันที่ 3 มิถุนายน 2566 และประสานงาน Refer โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีศักยภาพสูงกว่า วันที่ 3 มิถุนายน 2566 เวลา 11.30 น. รวมวันที่รักษาที่อยู่ในความดูแล 3 ชั่วโมง 49 นาที

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การวินิจฉัยแรกรับ	- Stroke fast track	- Stroke fast track
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	- ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ คือ อายุ 74 ปี - อุปนิสัยชอบทานอาหารรสเค็ม	- HT loss F/U > 3 เดือน รักษาที่ รพ. หนองสองห้อง - อุปนิสัยชอบทานอาหารรสเค็ม หวาน และมัน
3. อาการและอาการแสดง	- ซึมไม่พูด มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง	-พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย	- ผลการตรวจ CxR พบภาวะหัวใจโต (cardiomegaly) ดูจากลักษณะเร็วใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยในการหายใจ และอัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที เสียงหายใจครืดคราด Oxygen saturation =94 % - EKG พบ Atrial Fibrillation rate 150-166/min ประเมินอัตราการเต้น (Heart rate) =150 -166 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้น (Rhythm) ของหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะไม่สม่ำเสมอ - UA พบปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน pH=7.5 , Leukocyte= Negative, WBC=0-1, RBC=0-1, Squamous epithelial cell =0, Bacteria= Negative - Biochemistry ปกติ BUN=15 mg/dL, Creatinine =0.92 mg/dL - Blood sugar =89 mg/dL - Electrolyte: Serum Na=140mmol//l , , K=3.3 mmol//l, CL=104 CO2=21 mmol/l, Ca =9.9 mg/dL , Mg=0.82 mg/dL - Arterial blood gas pH=7.39, PaO2=128 PaCO2=33.8, HCO3=20.1	-ผลการตรวจ CxR ปกติ ไม่มีหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที เสียงหายใจปกติ Oxygen saturation =98 % - EKG ผลปกติ -ประเมินอัตราการเต้น (Heart rate) = 90 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้น (Rhythm) ของหัวใจสม่ำเสมอ - UA พบ ปัสสาวะ สีเหลืองเข้ม มีตะกอน pH=5 ,Leukocyte= 2+,WBC10-20, RBC=0-1, Squamous epithelial 0-1, Bacterial Few - Biochemistry ปกติ BUN=12 mg/dL, Creatinine =0.65 mg/dL - Blood sugar =99 mg/dL Electrolyte: Serum Na=136 mmol//l , K=3.1 mmol//l, CL=99, CO2=25 mmol/l, Ca =9.7 mg/dL, Mg=0.7 mg/dL - Arterial blood gas ไม่ได้ตรวจ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5. การรักษา	-แพทย์พิจารณา on ET tube No 7 ลึก 22 เซนติเมตร-ชีพจร=150-166 ครั้ง/นาที เต้นเบาเร็ว ตรวจ EKG พบ Atrial Fibrillation rate 150-166/min แพทย์เจ้าของไข้ Consult โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พิจารณาให้ Amiodarone 150 mg + 5% DW 100 ml iv drip in 30 นาที Monitor EKG เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด- ความดันโลหิต BP=204/97 mmHg แพทย์พิจารณาให้ยา Nicardipine (1:5) iv drip 5 mg /hr. titrate ทีละ 2 mg /hr. q 15 นาที วัด V/S ทุก 5 นาที x6 ครั้ง ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง Keep BP=180/105-160/90 mmHg - CT brain พบ Acute Left MCA infarction NIHSS =21 คะแนน แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลทำหัตถการใส่สายยาง NG, ใส่สายสวนคาปัสสาวะก่อนให้ยา ดูแลให้ยา Rt-PA 0.9 mg/kg BW =63 kgs. Total dose=56.7 mg โดยแบ่งให้ยา Rt-PA 10% bolus in 1 min=5.67 mg ยา Rt-PA 90% drip in 60 min=51.03 mg วัด V/S ทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง หลังเริ่มให้ยาทุก 30 นาที จนครบ 6 ชั่วโมงเฝ้าระวัง อาการผู้ป่วยหลังให้ยา Rt-PA รายงานแพทย์ทันทีเมื่อสงสัยว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ (K=3.3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 0.9% Nacl 1,000 ml ผสม Kcl 40 mEq iv drip 40 ml/hr.	-ทำ CT brain NC : acute intraparenchymal hemorrhage involving right basal ganglia แพทย์เจ้าของไข้ Consult แพทย์ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น สั่งการรักษาให้ Monitor V/S, EKG, observe neuro sign On 0.9% NSS 1,000 ml iv rate 80 ml/hr. ให้ได้รับยา Transamine 1 gm. iv stat เรื่องความดันโลหิตสูง 201/132 มิลลิเมตรปรอท พิจารณาให้ยา Nicardipine (1:5) iv 5 ml/hr. control BP keep < 140/90 mmHg - มีภาวะโพแทสเซียมเซียมต่ำ (K=3.1) ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml + KCl 40 mEq iv rate 80 ml/hr. ดูแลเฝ้าระวังอาการขณะให้ยา potassium ทางหลอดเลือดดำ - มีภาวะติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ และให้ ATB เป็น Cef-3 1 gm iv stat ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีศักยภาพสูงกว่า เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ทำหัตการใส่สายยาง NG ใส่สายสวนคาปัสสาวะ ประเมินระดับอาการผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัวก่อนส่งต่อ E4V4M6 วัดสัญญาณชีพ ก่อนนำส่ง Temp=36.7, HR=90/min, RR=20/min, BP=170/99 mmHg, O2sat=100% สังเกต ไม่ให้สารน้ำรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด เตรียมพยาบาล 1 คน ให้พร้อมในการเฝ้าระวังอาการและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง รีบรายงานแพทย์ทันที เตรียมรถพยาบาล

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5. การรักษา (ต่อ)	ดูแลเฝ้าระวังอาการขณะให้ยา potassium ทางหลอดเลือดดำ ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อให้การรักษาที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเมื่อมีอาการคงที่สามารถนำส่งผู้ป่วยได้ประเมินระดับความรู้สึกตัว ก่อนนำส่ง Temp=6.5, HR=90/min, RR = 20/min, BP=146/84 mmHg, O2sat=100% เตรียมพยาบาล 2 คน ให้พร้อม ในการเฝ้าระวังอาการและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงรีบรายงานแพทย์ทันที เตรียมรถพยาบาลและอุปกรณ์การแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยบนรถพยาบาล Refer วันที่ 2 สิงหาคม 2566 เวลา 01.30 น. ถึงโรงพยาบาลขอนแก่น 03.00 น.	และอุปกรณ์การแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยบนรถพยาบาล Referวันที่ 3 มิถุนายน 2566 เวลา 11.30 น. ถึงโรงพยาบาลขอนแก่น 13.15น.
6.รวมวันที่รักษา/ที่อยู่ในความดูแล	-3 ชั่วโมง 5 นาที	-3 ชั่วโมง 49 นาที
7. สรุปการวินิจฉัย	- Acute ischemic stroke, Lt. MCA infarction	- Right Basal Ganglia Hemorrhage

จากข้อมูลข้างต้นสามารถนำมาประเมินตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ได้ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินด้วยแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
F: Fluid and electrolyte balance	- แรกรับผู้ป่วยแรกรับผู้ป่วยซึมไม่ตอบคำถาม ไม่ทำตามคำสั่ง การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 8 (E2V1M5) การประเมินระดับ การตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง	- ผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างซึมลืมตาได้เองถามตอบได้เป็นคำๆ พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การประเมินระดับความรู้สึกตัวเท่ากับ 13 (E4V3M6) การประเมินการตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 2 มิลลิเมตร	- กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาด้านสมดุลน้ำที่แตกต่างกันคือกรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหาจากการประเมินได้แก่ 1) ระบบหัวใจ และหลอดเลือด (Cardiovascular) หัวใจเต้นเร็ว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้น 150-166 ครั้งต่อนาที

ตารางที่ 2 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	แขนข้างซ้ายระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีผิวแห้ง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย อัตราการเต้นของหัวใจเต้นผิดจังหวะ 150-166 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว 32 ครั้ง/นาที หายใจครืดคราด มีเสียง Stridor บริเวณลำคอ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดปกติ มีภาวะ Atrial Fibrillation มีความดันโลหิตสูง 204/97 mmHg - ระบบไต มีประวัติการเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ปัสสาวะ สีเหลืองใส ไม่มีตะกอนผลการตรวจ Biochemistry, urine analysis ปกติ ตรวจ Electrolyte: Serum Na=140 mmol//l, K=3.3 mmol//l, CL=104 CO2=21 mmol/l, Ca =9.9 mg/dL, Mg=0.82 mg/dL ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance มีค่า potassium ต่ำ	มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 แขนขาข้างขวา ระดับ 4 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 90 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตสูง 201/132 mmHg - ระบบไต ปัสสาวะออกกะปริบกะปรอย สีเหลืองเข้ม มีตะกอน ก่อนการเจ็บป่วยในครั้งผลการตรวจ urine analysis พบว่ามี Leukocyte=2+, WBC=10-20 cell ประวัติ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ตรวจ Electrolyte: Serum Na=136 mmol//l, K=3.1mmol//l, CL=99, CO2=25 mmol/l, Ca =9.7 mg/dL, Mg=0.7 mg/dL ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance มีค่า potassium ต่ำ	ตรวจ EKG : AF rate 150-166/min ระบบไต (Kidney System) ตรวจร่างกาย ผิวหนังแห้ง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย กรณีศึกษาที่ 2 พบปัญหาจากการประเมิน ได้แก่ 1) ระบบไต (Kidney System) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล Urinalysis Leukocyte=2+, WBC= 10-20 cell พบการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนปัญหาที่พบในกรณีศึกษาที่เหมือนกันคือ 1)ภาวะความดันโลหิตสูง 2)ภาวะโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำ
A: Aeration	- แรกรับผู้ป่วยหายใจหอบ เสียงหายใจครืดคราดมีเสียง Stridor บริเวณลำคอ อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที Oxygen saturation =94 % room air จากลักษณะเร็วใช้กล้ามเนื้อท้องในการช่วยหายใจแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube No.7 depth 22, ฟัง Chest sound ฟังเสียงหายใจทั้ง	- แรกรับผู้ป่วยหายใจ ไม่มีการดึงรั้ง การเคาะปอดมีเสียงโปร่ง เสียงหายใจปกติ,อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98-100% room air - CXR : ผลปกติ - การตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas):	-กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหาด้านการหายใจคือ หายใจหอบหายใจครืดคราดมีเสียง Stridor บริเวณลำคอ, อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที Oxygen saturation=94% room air ใช้กล้ามเนื้อ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			ท้องช่วยในการหายใจ ส่วนสูง 160 cm. BMI = 27.55 (โรคอ้วนระดับหนึ่ง) ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารใส่ NG tube ไว้ แพทย์พิจารณางดน้ำ และอาหาร ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องกาย
C: Communication	- ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดได้ แขนข้างซ้าย แสดงท่าทางได้บ้าง เช่น ยกขึ้นมาปัดบริเวณที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	- ผู้ป่วยพูดได้เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาด้านการสื่อสารเหมือนกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 พบผู้ป่วยมาด้วยอาการซึม ไม่พูด ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีศึกษาที่ 2 พบผู้ป่วยพูดได้เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จึงมีปัญหาด้านการสื่อสาร
A: Activity	-ประเมินระดับการทำกิจกรรมในอดีต ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ -ประเมินระดับการทำกิจกรรมในปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ -ประเมิน motor power แขนขา : แขนข้างซ้าย ระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 แขนขาข้างขวา ระดับ 0	- ประเมินระดับการทำกิจกรรมในอดีต ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ - ประเมินระดับการทำกิจกรรมในปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อย -ประเมินmotor power แขนข้างซ้าย ระดับ 0 ขาข้างซ้าย ระดับ 0 แขนขาข้าง ขวา ระดับ 4	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาด้านการการทำกิจกรรมเหมือนกัน คือ การทำกิจกรรม (Activity) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อย เนื่องจากกรณีศึกษาที่ 1 ประเมิน motor power แขนขา : แขนข้างซ้าย ระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 แขนขาข้างขวา ระดับ 0 กรณีศึกษาที่ 2 ประเมินmotor power แขนข้างซ้าย ระดับ 0 ขาข้างซ้าย ระดับ 0 แขนขาข้างขวา ระดับ 4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
S: Stimulation	- ประเมินระดับความรู้สึกตัว มึนงง สับสน ลืมตาเมื่อเรียก ไม่พูด ไม่ตอบคำถาม ไม่ส่งเสียง ไม่ทำตามคำสั่ง - ประเมินการได้ยิน ได้กลิ่น การรับรสและการทรงตัว เมื่อตรวจทางระบบประสาท พบมีใบหน้าข้างขวาเบี้ยว มุมปากตก ทดสอบออกสาไม่พูด ซึ่งสอดคล้องกับความผิดปกติที่เกิดจากเส้นประสาทเส้นที่ 7 มีหน้าที่ในการควบคุมการทำงานกล้ามเนื้อแสดงสีหน้า ทำให้ผู้ป่วยมีอาการใบหน้าอ่อนแรง ตาปิดไม่สนิท เคืองตา หรือยักคิ้วไม่ขึ้น ใบหน้าเบี้ยว และพบว่าผู้ป่วยพูดไม่ได้ ไม่ส่งเสียง ซึ่งสอดคล้องกับความ ผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของสายเสียง	-ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย รู้ตัวลืมตาเองมองขวา ถามตอบช้าเป็นคำๆ พูดไม่ชัด ทำตามสั่งได้น้อย -ประเมินการได้ยิน ได้กลิ่น การรับรสและการทรงตัวพบว่าผู้ป่วยพูดได้เป็นคำๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความผิดปกติของเส้นประสาทคู่ที่ 10	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบมีปัญหาด้านการกระตุ้น (Stimulation) เหมือนกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีความผิดปกติ ผู้ป่วยมีอาการใบหน้าอ่อนแรง ตาปิดไม่สนิท เคืองตา หรือยักคิ้วไม่ขึ้น ใบหน้าเบี้ยว และพบว่าผู้ป่วยพูดไม่ได้ ไม่ส่งเสียงกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้ตัวดีลืมตาเองมองขวา ถามตอบช้าเป็นคำๆ พูดไม่ชัด ทำตามสั่งได้น้อย

สามารถสรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. สมดุลน้ำ	-การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง - มีภาวะโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำ - เสี่ยงต่อการเกิดอัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจต่ำเนื่องจากหัวใจผิดผิดจังหวะ - เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	- การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง - มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ - เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	- กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการสมดุลน้ำ เหมือนกัน คือ 1) การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง 2) มีภาวะโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำ 3) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่พบเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจต่ำเนื่องจากหัวใจผิดผิดจังหวะ แต่ไม่พบข้อวินิจฉัยนี้ในกรณีศึกษาที่ 2
2. การหายใจ	- มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	- เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	- กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการหายใจแตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค
3. โภชนาการ	- เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	- เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	-กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาด้านโภชนาการ เหมือนกัน
4. การสื่อสาร	- ญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย	- ญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย	- กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการสื่อสารที่เหมือนกัน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
5. การทำกิจกรรม	-มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง	-มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง	- กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการทำกิจกรรมที่เหมือนกัน
6. การกระตุ้น	-ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสารเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง	-ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสารเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง	-กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการการกระตุ้นที่เหมือนกัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่คุกคามชีวิต เช่น การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง และเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในการนำเสนอครั้งนี้ จึงได้เลือกนำเสนอตัวอย่างกระบวนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยที่คุกคามชีวิตทั้ง 2 ข้อนี้ ซึ่งมีกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับข้อวินิจฉัยข้ออื่นๆ สามารถนำหลักการพยาบาลของการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่นมาประยุกต์ใช้ได้ ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความจำเพาะเจาะจงของโรค มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1

S : ลูกชายผู้ป่วยให้ประวัติ สังเกตเห็นขณะผู้ป่วยกำลังนั่งเล่นที่เก้าอี้ พูดไม่ชัด ฟังยาก แต่พอรู้เรื่อง มารดาทำตามสิ่งที่บอกได้ เริ่มแรกเป็น 4-5 นาที จากนั้นกลับมาพูดชัด ต่อมามารดาก้มตัวลงเก็บจานที่พื้น มีอาการตาลอย ซึมไม่พูด มีแขนขาด้านขวา ลูกชายจึงรีบพาคนไข้ไปโรงพยาบาลหนองสองห้อง แล้วโรงพยาบาลหนองสองห้องแจ้งว่าสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลพล

O : N/S : GCS= E21M5, motor power Rt. Upper gr. 0 Lower gr. 0, Lt. Upper gr. 5 Lower gr. 4, Rt. facial palsy, moderate-severe dysarthria, pupil 3 mm. RTLBE NIHSS=21 คะแนน HR=150-166/min, RR=20/min, BP=204/97 mmHg, O2 sat=94% CT brain NC : hypodensity lesion at Lt. MCA Infarctio

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 2

S : 2 ชั่วโมง 41 นาที ก่อนมา รพ. ขณะกำลังตากผ้าอ่อนแรงแขนขาซ้าย ไม่สามารถเดินได้ พูดเป็นคำๆ มีญาติจึงพามาโรงพยาบาล

O : E4V3M6, Pupil 2 mm RTLBE, motor power Lt. gr.0, Rt. gr 4 NIHSS=10 คะแนน HR=90/min, RR=20/min, BP=201/132 mmHg, O2 sat=100% CT brain NC : Right Basal Ganglia Hemorrhage

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึมลง คะแนนความรู้สึกตัว (GCS) เท่าเดิมหรือเท่ากับ 15 คะแนน 2) คะแนน NIHSS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน 3) V/S: BT 36.5-37.4 C, HR 60-100/min, RR 16-20/min, SBP≤ 220 mmHg, DBP≤120 mmHg 4) ไม่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาเพิ่มขึ้นจากเดิม 5) ขนาดของ pupils ไม่เปลี่ยนแปลง และมีการตอบสนองต่อแสง และ 6) EKG : NSR rate 60-100/min /AF rate 60-100/min

กิจกรรมพยาบาล ได้แก่ 1) ดูแลคัดกรอง และประเมินอาการผู้ป่วยตาม BEFAST, และซักประวัติ onset, Last seen normal และ first seen abnormal เพื่อประเมินความรุนแรงและ activate stoke fast track ตาม protocol 2) ประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมินทางระบบประสาท ได้แก่ National Institutes of Health

Stroke Scale (NIHSS) และ Glasgow coma score ประเมินทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน NIHSS เพิ่มขึ้น 1 คะแนน และ Glasgow coma score ลดลงมากกว่า 2 คะแนน notify แพทย์ 3) ประเมินระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอทุก 15 นาที ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Nicardipine (1:5) iv drip 5 mg/hr titrate ทีละ^{2} mg /hr ถ 15 นาที วัด V/S ทุก 5 นาที 6 ครั้ง ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ตามแผนการรักษา ดูแลระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 180/105 mmHg 4) ดูแลนอนราบเพื่อเพิ่ม cerebral blood flow 5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยา 0.9% Nacl 1,000 ml ผสม Kcl 40 mEq iv drip 40 ml/hr เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลของน้ำและเพิ่ม cerebral blood flow และ 6) ดูแล monitor EKG เพื่อ เฝ้าระวังการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองดีขึ้น หลังใส่ท่อช่วยหายใจ GCS= E3VtM6, motor power upper Lt=5, Rt=0 Lower Lt=4, Rt=0, Rt. facial palsy, pupil 3 mm. RTLBE, NIHSS=21 คะแนน หลังให้การรักษา ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ BP=146/84 mmHg, P=90/min, RR=20/min, BT=37.4 O2sat 100% RA EKG show AF rate 90-100/min, pupils 3 mm RTL BE

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองดีขึ้น GCS= E4V3M6, Pupil 2 mm RTLBE, motor power Lt. gr.0, Rt. gr 4, pupil 2 mm. RTL BE, NIHSS=10 คะแนน หลังให้การรักษา ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ Vital sign: Temp=36.7, HR=82 /min, RR=20/min, BP=140/90 mmHg, O2sat=100% 37.4 O2sat 100 %RA EKG=normal sinus rhythm rate 82 /min

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1

O : - ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี Dx. Acute ischemic stroke, Lt. MCA infarction

- Neuro sign /S : GCS= E2V1M5, motor power Rt. Upper gr. 0 Lower gr. 0, Lt. Upper gr. 5 Lower gr.4, Rt. facial palsy, pupil 3 mm. RTLBE NIHSS=21 คะแนน HR=150-166 /min, RR=20/min, BP=204/97 mmHg, O2 sat=94 %

- ผล CT brain NC : hypodensity lesion at Lt. MCA Infarction

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 2

S: สามีบอกว่าผู้ป่วย U/D HT loss F/U >3 month บ่นปวดศีรษะ

O : - ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี Dx. Rigth basal ganglia hemorrhage ,Neuro sign E4V3M6, Pupil 2 mm RTLBE, motor power Lt. gr.0, Rt. gr 4 NIHSS=10คะแนน HR=90/min, RR= 20/min, BP=201/132 mmHg, O2 sat=98- 100%

- ผล CT brain NC : Right Basal Ganglia Hemorrhage

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1) คะแนนความรู้สึกตัว (GCS) เท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้น 2) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง, ปวดศีรษะ หรืออาเจียนพุ่ง, pupil ต่างกัน 1 mm.หรือไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง, สับสน, อ่อนแรง และชัก เป็นต้น 3) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด BT=36.5-37.4 องศาเซลเซียส ,PR= 60-100 ครั้ง/นาที ,RR < 30 ครั้ง/นาที Keep SBP ≤140 mmHg. Oxygen saturation ≥ 95 % 4) BS อยู่ในช่วง 80 – 200 mg% 5) CT brain NC ICH ลดลง, no cerebral infarction และ 6) Serum sodium 136-145 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้ 1) ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลศีรษะลำคอ สะโพกไม่หักพับงอ เพื่อให้การระบายเลือดดำออกจากสมองสะดวก 2) ดูแลผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา keep BP≤140mmHg เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกในสมองเพิ่ม 3) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วย On ventilator, TV 500, RR 16, PEEP 5, FiO2 0.6, monitor O2 saturation > 95% เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ถ้าO2saturation ต่ำลงมากกว่า 2% ประเมินอาการ ผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที 4) ดูแลเจาะ glucose premeal keep 80-200mg% เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและลดการเกิดสมองบวมและเลือดออกมากขึ้น 5) วัดสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 1 hr. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ระดับความรู้สติลดลง มากกว่า 2 คะแนน ปวดศีรษะมากขึ้น สับสน ง่วงซึม แขนขาอ่อนแรง ขนาด pupil เปลี่ยนแปลง 2 ข้าง ต่างกันเกิน 1 mm. keep อุณหภูมิกาย 36.6-37.8 องศาเซลเซียส และ 6) ประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก ถ้าปัสสาวะออกมากกว่า 200 ml/hr. รายงานแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 2 สิงหาคม 2566 เวลา 01.15 น. ผู้ป่วยหลังใส่ท่อช่วยหายใจ GCS= E3VtM6 มีสัญญาณชีพ BP=146/84 mmHg, P=90/min, RR=20/min, BT=37.4 O2sat 100 %RA EKG AF rate 90-100/min, pupils 3 mm RTL BE ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง GCS ไม่ลดลงจากเดิม

กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 3 มิถุนายน 2566 เวลา 11.30 น. ผู้ป่วยลืมตาเอง ทำตามสั่งได้ช้าๆ ตอบไม่ตรงคำถามบ้าง พูดจาสับสน GCS= E4V4M6 pupil 2mm RTLBE, Vital sign BT=36.7, HR=82 /min, RR=20/min, BP=140/90 mmHg, O2sat=100% Glucose 101 mg%, ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

วิจารณ์

ผลการศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาด้าน Fluid และ Aeration ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต การประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Triage) จัดอยู่ในกลุ่มความรุนแรงระดับ 1 ด้าน Fluid ได้แก่ ผู้ป่วย ซึม ไม่ตอบคำถาม ไม่ทำตามคำสั่ง การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 8 คะแนน[5] (E2V1M5) การประเมินระดับ การตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง แขนข้างซ้ายระดับ 5 ขาข้างซ้ายระดับ 4 แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 ,CT brain พบ Acute Left MCA infarction , มีผิวแห้ง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย อัตราการเต้นของหัวใจเต้นผิดจังหวะ 150-166 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว 32 ครั้ง/นาที หายใจครืดคราด มีเสียง Stridor บริเวณลำคอ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดปกติ มีภาวะ Atrial Fibrillation มีความดันโลหิตสูง 204/97 mmHg , ตรวจ Electrolyte: K=3.3 mmol//l, ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance มีค่า Potassium ต่ำ ด้าน Aeration ได้แก่ หายใจหอบ อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที Oxygen saturation=94 % room air, CXR พบภาวะหัวใจโต จากปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับ การช่วยเหลือทันที ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) และได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา[6] ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบว่า ด้าน Fluid ผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างซึม ลืมตาได้เองถามตอบได้เป็นคำๆ พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การประเมินระดับความรู้สึกตัว เท่ากับ 13 คะแนน[5] (E4V3M6) การประเมินการตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 2 มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง CT brain NC : Right Basal Ganglia Hemorrhage, ความดันโลหิตสูง 201/132 mmHg, ปัสสาวะออกกระปริบกระปรอย สีเหลืองเข้ม มีตะกอน ก่อนการเจ็บป่วยในครั้ง ผลการตรวจ urine analysis พบว่ามี Leukocyte=2+, WBC=10-20 cell พบว่ามีการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ตรวจ Electrolyte: Serum K=3.1 mmol//l,ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance มีค่าpotassium ต่ำ ส่วนด้าน Aeration เสียงหายใจปกติ,อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98-100% room air CXR : ผลปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค[6]

2. ผลการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง นำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน ส่วนข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกันเนื่องจากผู้ป่วยมีความรุนแรงของการเจ็บป่วย[5] (Triage) ที่แตกต่างกันทำให้กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต่างกัน คือ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจต่ำเนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม และพบว่าการประเมินปัญหาตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS สามารถประยุกต์ใช้กับโรคมีความจำเพาะของแต่ละกลุ่มโรคได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามพยาบาลต้องมีทักษะในการใช้แบบประเมินตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิต ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และหายจากโรคได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2562; 2562.
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2566;39(2):39-46.
3. คณะกรรมการการพัฒนาคลินิกบริการ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คู่มือการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาล; 2559.
4. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมิน; 2566.
5. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง MOPH ED. Triage. นนทบุรี; 2561.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี; 2558.