



กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เมธพร เมธพิศาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

บทนำ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคระบบทางประสาทที่พบได้บ่อย สาเหตุอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต หรือความพิการอันส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย จึงเน้นการดูแลผู้ป่วยให้มีผลรับ การดูแลที่ดีขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง ดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ เน้นการทำงานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ

รูปแบบการศึกษา เป็นกรณีศึกษาโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เน้นการให้การรักษาระยะฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยทำการศึกษาระหว่าง วันที่ 13 พฤษภาคม 2567 ถึง 3 มิถุนายน 2567 จำนวน 1 ราย

สรุปผลการศึกษา ชายไทยอายุ 42 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานาด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง เดินไม่ได้ พูดไม่ชัด ซึม ประเมินความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 14 (E4V4M6) แพทย์วินิจฉัย R/O Ischemic Stroke รับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา 5 วัน วางแผนดูแลต่อเนื่องและจำหน่ายส่งต่อพื้นที่ คลินิกหมอครอบครัวหนองกะจะ ต.ปากช่อง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา เพื่อดูแลอาการภายหลังกลับจากโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม 4 มิติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมถึงฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลชุมชนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการ ดีขึ้น ไม่ซึมเศร้า สามารถดูแลตนเองลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติและ ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Case Study: Nursing Care for a Patient Stroke with Intermediate Care
Involving Family and Community Participation

Methaporn Methapisal Registered Nurse, Professional level
Pakchongnana Hospital Nakhon Ratchasima Province

Abstract

Case Study: Nursing Care for a Patient Stroke with Intermediate Care Involving Family and Community Participation

Introduction: Stroke is a common neurological disorder caused by either a ruptured or blocked blood vessel in the brain, leading to death or disability that significantly impacts the lives of patients and their families. There is a growing trend in stroke cases, making it a public health concern in Thailand. Therefore, the focus is on improving patient care outcomes, reducing dependency, and centering care around the patient. This approach emphasizes the involvement of family and community to ensure patients have access to services and continuous care.

Objective: To provide guidelines for nursing care of patients with ischemic stroke.

Methods: This is a case study focusing on one specific patient with ischemic stroke who requires ongoing care at home. The study emphasizes rehabilitation treatment with the involvement of family and community. The research was conducted from May 13, 2024, to June 3, 2024.

Conclusion: A 42-year-old Thai male was admitted to Pak Chong Nana Hospital with symptoms of left-sided weakness, inability to walk, unclear speech, and lethargy. His level of consciousness was assessed using the Glasgow Coma Scale (GCS) and scored 14 (E4V4M6). The physician diagnosed him with a suspected ischemic stroke. He received treatment at Pak Chong Nana Hospital for five days and was subsequently discharged to continue care at Nongkaja Primary Care Cluster in Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. The care plan focused on holistic nursing care in four dimensions to prevent complications and promote physical and mental rehabilitation. A continuous care plan was established involving community nurses and family participation, aimed at improving the patient's condition, preventing depression, enabling self-care, reducing disability, and minimizing complications, allowing the patient to return to a normal and appropriate life.

Keyword: Stroke, Intermediate Care, Family and community involvement

เนื้อหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคระบบทางประสาทที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต รวมถึงทำให้เกิดความพิการและนำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจของหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World stroke organization : WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 54.7 ล้านคนในปี ค.ศ.1990 เป็น 101.5 ล้านคนในปี ค.ศ.2019 พบความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิตเนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้นและส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาได้มีการประมาณว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2535 และ 2563

จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลปากช่องนานา ต.ปากช่อง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564-2567 จำนวน 79,107,107,97 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุหลักของพิการความผิดปกติทางด้านจิตใจความวิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อันนำไปสู่ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ

ผู้ศึกษามุ่งเน้นการให้ความสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมีการพัฒนาความรู้และทักษะ ให้กับครอบครัวผู้ดูแลและชุมชน เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ

รูปแบบการศึกษา เป็นกรณีศึกษาโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ต้องกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน เน้นการให้การรักษาในระยะฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยทำการศึกษาระหว่าง วันที่ 13 - 27 พฤษภาคม 2567 จำนวน 1 ราย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามจากผู้ดูแลและรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติเวชระเบียน
2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
3. สรุปผลจากการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางการพยาบาลและการพัฒนางานต่อไป

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

คำจำกัดความและเกณฑ์การวินิจฉัย

1. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease (CVD), cerebrovascular accident (CVA), brain attack) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดไป

เลี้ยงสมองผิดปกติ สาเหตุเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก อุดตัน หรือตีบตัน ในที่สุดก็สมองขาดเลือด เกิดการสูญเสียการทำงานที่ของระบบประสาทส่วนนั้นๆ (AHA, 2008)

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ชนิดหลักๆ ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) และภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2557; Stroke Association, 2015) โดยมีความหมายดังนี้

1) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) หมายถึง อาการ ผิดปกติชั่วคราวของระบบประสาทซึ่งมีอาการทันทีทันใดและมีอาการน้อยกว่า 1 ชั่วโมง เนื่องจากมีบางส่วน of เนื้อสมอง จอประสาทตาหรือประสาทไขสันหลังขาดเลือดอย่าง เฉียบพลันแต่ไม่เกี่ยวเนื่องกับภาวะสมองตาย โดยผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายในเวลา 7 วัน ร้อยละ 11 และพบสูงถึงร้อยละ 24-29 ภายในระยะเวลา 5 ปี (Nanda, 2014) อย่างไรก็ตามภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวสามารถมีอาการได้ 2 ถึง 3 ชั่วโมงแล้วหายเป็นปกติ แต่อาจมีร่องรอยเนื้อสมองตายเฉียบพลันได้ โดยผู้ป่วยมักมีอาการนำด้วยอาการปวดศีรษะ อาการตามีตบอดชั่วคราว มีอาการแขนขาอ่อนแรง และ/หรือชาครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับข้างที่มีพยาธิสภาพ (Contralateral Sensory or Motor Dysfunction) ภาวะเสียการสื่อความหมาย (Aphasia) พูดไม่ชัด (Dysarthria) ภาวะตาบอดครึ่งซีก (Homonymous hemianopia) ริมฝีปากชา (Perioral Numbness) มองเห็นภาพซ้อน (Isolated Diplopia) เวียนศีรษะ (Vertigo) โดยเกิดอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกันผู้ป่วยที่มีอาการเป็นๆ หายๆ โดยมีความรุนแรงมากขึ้น เรียกอาการแบบนี้ว่า Crescendo TIA ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ธนบุรณ์ วรกิจดำรงชัย, 2557)

2) ภาวะสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke) หมายถึง การอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองพบได้ประมาณร้อยละ 80-85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (ธนบุรณ์ วรกิจ ดำรงชัย, 2557) พบได้หลายสาเหตุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ สูบบุหรี่ และมีไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดขนาดเล็ก (Small Vessel Disease) เป็นต้น อาการ และอาการแสดงที่พบ ได้แก่ อาการชาที่หน้า และแขนขาครึ่งซีกด้านเดียวกันกับสมองที่มีพยาธิสภาพ (Pure Sensory Stroke) อาการอ่อนแรงของแขนขาและใบหน้าครึ่งซีก (Pure Motor Hemiparesis) อาการพูดไม่ชัด ร่วมกับมือข้างหนึ่งทำงานไม่ถนัด (Dysarthria clumsy - hand syndrome) และอาการอ่อนแรงครึ่งซีกแต่ไม่รุนแรงร่วมกับการมี cerebellar sign ของแขนขาข้างเดียวกัน (Ataxic hemiparesis) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

3) ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) หมายถึง การมีเลือดออกในเนื้อสมองเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลไปในเนื้อสมอง สาเหตุการเกิดโรคที่พบบ่อย แบ่งเป็น 2 กรณี คือ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) ซึ่งเกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือดจากโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการรักษา หลอดเลือดจะเกิดการแตกและส่งผลให้มีเลือดออกในสมองได้ และอีกสาเหตุหนึ่งคือ

เกิดจากหลอดเลือดดำฝอยมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (Arteriovenous Malformation หรือ AVM) โดยโรคหลอดเลือดสมองแตก นั้น มี 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhages) และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid Hemorrhages) (American Stroke Association, 2017) อาการและอาการแสดงโดยทั่วไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ โดยพบได้ทั้งอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งหรืออาการชา มีปัญหาด้านการสื่อสาร ปัญหาการทรงตัว อาการเวียนศีรษะ และมักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างชัดเจน มีความดันโลหิตสูงและมีอาการซึมหรือหมดสติร่วมด้วย (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557)

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการทั่วไปที่เกิดจากอาการของโรกระบบประสาทซึ่งมักจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลันประกอบด้วย

B (balance) เดินเซ เวียนศีรษะ บ้านหมุนเฉียบพลัน

E (eye) ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง หรือครึ่งใด ครึ่งหนึ่ง เฉียบพลัน

F (face) ใบหน้า / ปาก เบี้ยว ปวดศีรษะอย่างรุนแรงชนิดไม่เคยเป็นมาก่อนเฉียบพลัน

A (arm) แขน ขา อ่อนแรง เฉียบพลัน

S (speech) พูดไม่ออก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ สูญเสียความทรงจำ เฉียบพลัน

T (time) ระยะเวลาที่เกิดโรค ทันทีทันใด

ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะตีบ/อุดตันเฉียบพลัน (ischemic stroke) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด การรักษาที่ดีที่สุดคือการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีด (rt-PA) โดยที่จะต้องได้รับภายในไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง นับจากที่เริ่มมีอาการ

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ cerebrovascular diseases หรือ stroke เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงในสมองมีการอุดตัน จากลิ่มเลือดที่ผนังหลอดเลือดเองหรือหลุดลอยมาจากที่อื่นอุดหลอดเลือดสมอง ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงหรือหยุดชะงัก ส่งผลให้การส่งออกซิเจนไปไม่ถึงเนื้อสมองส่วนที่อยู่ถัดไป เซลล์สมองเกิดการขาดเลือดและออกซิเจน เกิดเนื้อสมองตาย เรียกว่า Cerebral infarction ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการผิดปกติในระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีร้อยละ 95 อีกร้อยละ 5 เกิดจากความผิดปกติอื่น ๆ ของสมองที่มาด้วยอาการคล้าย stroke เช่น ก้อนเนื้องอกที่มีการแตกของหลอดเลือดภายในก้อนเนื้อนั้น หรือมีการแตกของเส้นเลือดแดงในสมองทำให้เกิดเลือดออกในสมอง เป็นต้น

2. การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองและลดภาระการพึ่งพาดูแล เพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล หมายถึง การที่ครอบครัวของผู้ป่วยและพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์มีการปฏิบัติร่วมกันเพื่อดูแลผู้ป่วย โดยการซักถาม คอยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วางแผนการดูแล มีการตัดสินใจ การดูแลความปลอดภัยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและขณะเข้ารับการรักษา (Jazieh AR et al, 2018)

4. แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม เกิดจากการที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง ต้องใช้ความสามารถในการดูแลของบุคคลอื่นมาตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลในส่วนที่พร่องนั้น โอเร็ม (Orem, 2001) ได้อธิบายไว้ว่าบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ทารก เด็ก ผู้ใหญ่ในบางสภาวะ หรือผู้สูงอายุ จะต้องได้รับการช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้อื่นนั้น ผู้ที่ให้การดูแล (dependent care agent) จะต้องใช้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมปัจจัยสำคัญต่อการมีชีวิตรอยู่ ส่งเสริมให้แต่ละบุคคลสามารถผ่านพ้นระยะของการพึ่งพาไปได้ เป็นต้น

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี เพศชาย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ค้าขาย การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ที่อยู่ บ้านพัก ถนนสุขุมวิท ตำบลปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา วันที่รับไว้ดูแล 13 พฤษภาคม 2567 เวลา 15.00 น. จำหน่ายออกจากการดูแล 3 มิถุนายน 2567 เวลา 15.30 น. รวมวันที่รับไว้ดูแล 21 วัน

อาการสำคัญ ชาแขนขาซ้าย 14 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 14 ชั่วโมงก่อนมา ให้ประวัติว่ามีอาการชาแขนขาซ้าย ไม่มีปากเบี้ยว พูดไม่ได้ชัด ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด

5 ชั่วโมงก่อน (เวลา 05.00 น.) ตื่นนอนมา มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน รับประทานยาลดความดันโลหิตและยาลดน้ำตาลในเลือดตามแพทย์สั่ง

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมี

ประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด

การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำสลับขาว เส้นผมแห้ง ไม่มีรังแค ศีรษะอยู่กึ่งกลางลำตัว ผิวหนังเรียบ ไม่บวม ไม่มีก้อน กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงซีกซ้าย

ตา : ม่านตาเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาขาวไม่แดง เปลือกตาทั้ง 2 ข้างไม่ซีด การมองเห็น ตาทั้งสองข้าง VA 6/6 หู : ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีน้ำหนองไหล

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คด ไม่เอียงผิดปกติ

ช่องปากและลำคอ: ริมฝีปากแดง ไม่แห้ง ไม่มีปากเปื่อย มีลิ้นแข็ง ลิ้นไม่สมมาตรกัน ลักษณะขากรรไกรปกติ ไม่ได้ใช้ฟันปลอม ไม่มีเหงือกบวม ไม่มีมีเลือดออกตามไรฟัน ไม่เจ็บคอ ไม่มีเสียงแหบ ไม่มีกลิ่นลำบาก

การเคลื่อนไหวของลำคอปกติ ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง บริเวณลำคอกำลังไม่พบก้อน

หน้าอก : รูปร่างทรงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ขยายได้ดี ไม่มีก้อน ปอดมีเสียงลมผ่านดังเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

แขนขา : การเคลื่อนไหวแขนข้างขวาและขาข้างขวาได้ปกติ

แขนข้างซ้าย ไม่สามารถต้านแรงได้ แต่ยังสามารถยกแขนขึ้นมาได้เอง

ขาข้างซ้าย ไม่สามารถต้านแรงได้ ไม่สามารถยกแขนขึ้นมาในแนวต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ ทำได้แค่ขยับแขนได้ในแนวราบ

ตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria) ได้แก่

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีอาการอ่อนแรงบริเวณแขนข้างซ้าย และขาข้างซ้าย มีอาการชาบริเวณแขนข้างซ้ายและขาข้างซ้าย ไม่มีอาการปวดปลายประสาท มีลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกซ้าย การรับรู้ความรู้สึกปกติ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ระดับกำลังกล้ามเนื้อแขนข้างซ้าย ระดับ 3 ระดับกำลังกล้ามเนื้อขาข้างซ้ายระดับ 2 ระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาข้างขวา ระดับ 5 ปกติ เคลื่อนไหวแขนข้างขวาและขาข้างขวาได้ปกติ

ระบบการหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติ เสียงการหายใจปกติ ไม่มีเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) หรือเสียงวี๊ด (Wheezing)

ระบบหัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 78 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง Murmur หลอดเลือดดำข้างคอ ไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา ความดันโลหิต 144/89 มิลลิเมตรปรอท ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มีท้องมาน ท้องไม่อืด กัดไม่เจ็บ การเคลื่อนไหวของ ลำไส้ปกติ 8 ครั้งต่อนาที คลำตับและม้ามไม่โต

ระบบผิวหนัง: ผิวสองสี ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่คัน ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม

ระบบเลือดต่อมน้ำเหลือง : ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย บริเวณรักแร้และขาหนีบลำไม่พบ ต่อมน้ำเหลืองโต

ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัวได้สัดส่วน กล้ามเนื้อแขนขาปกติ การเคลื่อนไหวของแขนขามีแรง ขยับได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

-วันที่ 6 พฤษภาคม 2567 เวลา 10.35น. DTX 175 mg%

Renal function test: BUN 8.5 mg/dL, Cr 0.7 mg/dL, eGFR 116 mL/min

Electrolyte: Serum Sodium 131 mmol/L, Serum Potassium(K) 3.9 mmol/L, Serum Chloride 99 mmol/L, Serum Bicarbonate 22 mmol/L, Anion gap 13.9 mmol/L

LFT: Total protein 7.9 g/dL, Albumin 4.8 g/dL, Globulin 3.1 g/dL, Direct bilirubin 0.14 mg/dL, Total bilirubin 0.79 mg/dL, SGOT 23 U/L, SGPT 36 U/L, Alkaline phosphatase 63 U/L

Coagulogram: PT 11.6 s, INR 1.11, PTT 25.1 sec, aPTT 0.91

วันที่ 7 พฤษภาคม 2567 เวลา 7.00 น. FBS 135 mg/dL, HbA1C 6.5

Lipid profile: Cholesterol 224 mg/dL, Triglyceride 102 mg/dL, HDL 46 mg/dL, LDL 158 mg/dL

วันที่ 23 พฤษภาคม 2567 FBS (NaF) = 128 mg/dl

Electrolyte: Serum Sodium 139 mmol/L, Serum Potassium 3.8 mmol/L

Serum Chloride 101 mmol/L, Serum Bicarbonate 31 mmol/L, Anion gap = 10.8 mmol/L

Renal function test: BUN = 10.5 mg/dL, Creatinine = 0.9 mg/dL, eGFR (CKD-EPI) = 105 mL/min/1.73m²

การวินิจฉัยโรค Stroke

การวางแผนการพยาบาลในชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESSS

1.Immobility Impairment (การเคลื่อนไหวร่างกาย)	แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ระดับกำลังกล้ามเนื้อ แขนข้างซ้ายระดับ 3 ไม่สามารถต้านแรงได้ แต่ยังสามารถยกแขนขึ้นมาได้เอง ระดับกำลังกล้ามเนื้อ ขาข้างซ้ายระดับ 2 ไม่สามารถต้านแรงได้ ไม่สามารถยกแขนขึ้นมาในแนวต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ ทำได้แค่ขยับแขนได้ในแนวราบ ระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาขวา ระดับ 5 ปกติ เคลื่อนไหวแขนขาขวาและขาข้างขวาได้ปกติ ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ADL) ตามแนวทางของ Barthel index 8 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน
--	---

1.Immobility Impairment	MRS: ประเมินความพิการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale) 4 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มีคนช่วยได้ สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนพยุง
2.Nutrition (โภชนาการ)	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง จำนวน 3 มื้อ/วัน บุตรสาวเป็นคนทำอาหาร ยังมีสําลักอาหาร บางครั้งเนื่องจากกลืนลำบาก พฤติกรรมการบริโภคเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร BMI 26.573 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
3.Housing (ภาวะแวดล้อมทั่วไป ของบ้าน)	บ้านปูนชั้นเดียว ได้ถูกล้างเทพื้นปูน มีเตียงนอนไม้และฟูกผู้ป่วยย้ายมานอนอยู่ชั้นล่าง และชั้นวางของใช้และยาประจำตัว สิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นระเบียบ สะอาด ไม่มีสัตว์เลี้ยง ในบ้าน ห้องน้ำอยู่บริเวณชั้นล่าง สิ่งแวดล้อมภายนอก บริเวณรอบบ้านอากาศถ่ายเทดี
4.Other people (บุคคลอื่นที่ เกี่ยวข้อง)	ผู้ดูแล (Care giver) 1.ชื่อ – สกุล นางสาวนรมน ขอมั่นกลาง อายุ 20 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยลูกสาว ภาวะสุขภาพแข็งแรงดีและไม่มีโรคประจำตัว 2.นางจำลอง ขอมั่นกลาง อายุ 73 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมารดา ภาวะสุขภาพแข็งแรงดีและไม่มีโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว มีจำนวน 2 คน ได้แก่ 1) นางสาวนรมน ขอมั่นกลาง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ลูกสาว 2) นางจำลอง ขอมั่นกลาง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มารดา
5.Medication (การ ใช้ยา)	รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ รายการยาที่แพทย์สั่งใช้ 1) Metformin 500 mg. 2*2 po. pc. 2) Clopidogrel 75 mg. 1*1 po. pc. เช้า 3) Atorvastatin (ฉ. MED) 40 mg. 1*1 po. hs. 4) Losartan TAB 50 mg 1*1 po.pc. เช้า 5) Omeprazole CAP 20 MG 1*1 po.ac.เช้า 6) Folic acid TAB 5 MG 1*1 po. pc. เช้า 7) Vitamin B Complex * TAB (B.CO) 1*3 po. pc. ไม่ได้ใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ซื้อกินเอง

6.Examination (ตรวจร่างกาย)	BW = 75 Kgs. Height = 168 Cm. BMI = 26.573 Vital Sign: Body Temperature 36.6 C, Pulse 78 /Min., Respiratory Rate 20 /Min. BP = 144/89 mmHg
7.Safety (ความปลอดภัย)	เตียงนอนผู้ป่วยเป็นไม้ขนาด 6 ฟุต ไม่มีราวกันเตียง สูงจากพื้นประมาณ 50 เซนติเมตร บริเวณพื้นบ้านเป็นปูนขัดหยาบ ไม่ลื่น ข้าวของเครื่องใช้วางเป็นระเบียบ
8.Spiritual (จิตวิญญาณ)	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ชอบไหว้พระ และชอบพูดคุยกับเพื่อน
9.Service (ความช่วยเหลือ)	ผู้ป่วยใช้สิทธิ์การรักษาประกันสังคม โรงพยาบาลปากช่องนานา มีนัดติดตามที่แผนกอายุรกรรมและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู และถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยใช้บริการที่คลินิกหมอครอบครัวหนองกะจะ

ผู้ศึกษาได้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีการจัดกระบวนการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการนัดหมายล่วงหน้าทุกครั้ง ให้ความรู้กับครอบครัว ผู้ดูแล และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีการร่วมรับฟังปัญหาของผู้ป่วย และร่วมกันวางแผนแนวทางการดูแลรักษาทุกครั้ง สรุปจากการประเมินผู้ป่วย พบปัญหาและนำมาวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ดังนี้

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 13 พฤษภาคม 2567

ผู้ศึกษาได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยและญาติ สภาพแวดล้อม โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ประเมินญาติในการจัดเตรียมอาหาร การทำกายภาพฟื้นฟูกล้ามเนื้อของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยรู้ตัวดี ยิ้มแย้มแจ่มใส นอนอยู่บนเตียง พุดไม่ชัด สื่อสารโดยใช้การพูดคุยและพยักหน้า สัญญาณชีพปกติ ADL 8 คะแนน กำลังแขนขาข้างซ้ายยังเท่าเดิม รับประทานยาสม่ำเสมอ รับประทานอาหารอ่อนได้ โดยมีครอบครัวเป็นผู้จัดเตรียม ไม่มีภาวะยึดข้อติด มีญาติดูแลให้การช่วยเหลือใกล้ชิด ไปรับการตรวจตามแพทย์นัด

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 23 พฤษภาคม 2567

ผู้ศึกษาได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ แขน อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยและญาติ สภาพแวดล้อม ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้เอง และรับประทานอาหารได้มากขึ้น เป็นอาหารอ่อนอย่างง่าย โดยมีการดื่มน้ำเอง เมื่อมีการใช้แขน จะใช้แขนขาข้างที่ปกติมาช่วยพยุงข้างที่อ่อนแรงในการทำกิจวัตรต่างๆ

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 3 มิถุนายน 2567

ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อแขนขา อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยและญาติ สภาพแวดล้อม พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง สีหน้าสดชื่น ดูแลวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 138/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) 12 คะแนน กำลังแขนขาข้างซ้าย grade 3 กำลังแขนขาข้างขวา grade 5 ไม่มีภาวะข้อยึดติด เริ่มมีการทรงตัวได้ดี เริ่มฝึกการเคลื่อนไหว มีการทรงตัวที่ดี โดยมีครอบครัวเป็นส่วนร่วมในการดูแลทุกครั้ง

การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

S:ผู้ป่วยบอกว่า "แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรง รู้สึกขา เดินหรือนั่งเองไม่ได้"

O: ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(CT -scan) Suggestive of acute small infarction at right corona radiata. ลิ้นแข็ง พูดไม่ค่อยชัด ผลการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 8 คะแนน motor power grade left upper grade III, left lower grade II, motor power grade V right side

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีข้อยึดติด และสามารถออกกำลังกายด้วยตัวเอง (active exercise) ได้ โดยมีครอบครัวช่วยดูแล
2. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การล้างหน้า แปรงฟัน ออกกำลังกาย (passive exercise) ได้
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) มากกว่า 15 คะแนน
2. กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีข้อยึดติด
3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลกดทับ ข้อติด
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (the Barthel activity of daily living index: ADL) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

2. สอนและแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยตัวเองของผู้ป่วย (active exercise) และการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) ร่วมกับทีมกายภาพบำบัด โดยให้ครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อผู้ป่วย ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง และช่วยเหลือในการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต เรื่องกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย
3. แนะนำผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ในด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การลุกนั่ง โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทุกครั้ง
4. แนะนำญาติในการจัดเตรียมวางสิ่งของที่จำเป็นและใช้บ่อย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยิบเองได้ โดยจัดไว้ใกล้ๆ มือ เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกช่วยตัวเองในกิจกรรมง่ายๆ เช่น การรับประทานอาหาร
5. ให้กำลังใจเชิงบวกและประเมินผลการทำกิจกรรม ประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเกี่ยวกับ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการฝึกทักษะและการทำกิจกรรมต่าง ๆ
6. วางแผนร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร โดยให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีการกระตุ้นผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทุกครั้งเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้
7. แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวและจัดท่าบนเตียง ไม่นอนทับข้าง อ่อนแรงนาน ๆ ควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ดูแลช่วยเหลือให้มีการเคลื่อนไหว และใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ถูกต้อง

ประเมินผลการพยาบาล

ผลการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 12 คะแนน ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรงขึ้น motor power grade 4 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีข้อติด ครอบครัวผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้นและมีการประเมินผลติดตามต่อไป ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สามารถทวนได้ถูกต้อง ครอบครัวมีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันแบบง่ายๆ ได้ เช่น การดื่มน้ำ การแปรงฟัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียง หรือ หกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า "แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรงยกขึ้น ต้องใช้แขนขวาก็ก้าวพุงยกขึ้น "

O: บริเวณเตียงไม่มีไม้กั้นเตียง ไม่มีผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลา

แขนขาข้างซ้ายผู้ป่วยอ่อนแรง ผลการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 8 คะแนน motor power grade left upper grade III, left lower grade II, motor power grade V right side

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง หรือ การพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง หรืออุบัติเหตุจากการหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมทั้งบริเวณเตียง วางของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ หยิบจับใช้ได้ สะดวก ปลอดภัย
2. แนะนำปรับระดับเตียงให้ต่ำ และล็อคดีงไว้ไม่ให้เลื่อนได้ ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง
3. แนะนำญาติ ฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การจับราวเกาะ หรือไม้เท้าขณะการฝึก การเคลื่อนไหวทุกครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง หรือการพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเนื่องจากการกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “กลืนอาหารไม่สะดวก กลืนลำบาก เวลากินน้ำ ”

O: ประเมินการรับประทานอาหาร การกลืนยังมีปัญหาเรื่องการกลืนของเหลว หรือน้ำ มีอาการสำลัก บางครั้ง ตรวจร่างกายพบใบหน้าอ่อนแรงข้างซ้าย และลิ้นไม่สมมาตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการสำลักอาหารของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
3. ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบหรือภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลักขณะรับประทานอาหาร ได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะการกลืนอาหารของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก หรือมีภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร ปรีกษา แพทย์เพื่อใส่สายยางให้อาหาร
2. ทบทวนผู้ดูแลและผู้ป่วยถึงวิธีการจัดท่าขณะรับประทานอาหาร ทำน้ำง ศีรษะสูง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

- 3.พาทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด ลงเยี่ยม เพื่อสอนผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ในการฝึกกระตุ้นการกลืน เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกการกลืน โดยเน้น การฝึกบริหารริมฝีปาก เช่น ทำฉีกยิ้ม ทำปากจู๋ ทำเม้มปาก ทำแก้มป้อง และการฝึกบริหารลิ้น เช่น ทำแลบลิ้นแตะมุมปากซ้าย-ขวา ทำดันกระพุ้งแก้ม ทำแตะริมฝีปากบน-ล่าง
- 4.แนะนำญาติเตรียมอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ พอดีคำ อาหารนิ่ม กลืนง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม เพื่อสะดวกต่อการรับประทานและการฝึกกลืนของผู้ป่วย
- 5.แนะนำการเพิ่มจำนวนมื้อในการรับประทานอาหาร โดยให้จำนวนครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้งขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ มีการกลืนได้ดี มีสาลักเล็กน้อย ได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลัก ครอบครัวและผู้ดูแลมีการช่วยกระตุ้นการฝึกกลืนทุกมื้ออาหาร ให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีการช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสูญเสียบทบาทในหน้าที่ของตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า "เคยเป็นเสาหลักของนี้แต่ตอนนี้ไม่ได้ทำอะไรแล้วอยู่บ้านเฉยๆได้เงินจากลูกๆและเงินผู้พิการ"
- O: ขณะพูดถึงก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ปกติ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับบทบาทและการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์ประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า 2Q ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้ระบายความรู้สึก โดยให้เวลากับผู้ป่วย ไม่รีบเร่งที่จะรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวล ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ยอมรับความรู้สึกคับข้องใจของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงในความสามารถ
2. ประเมินภาวะซึมเศร้าและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพและสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยในการเพิ่มการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ เพื่อเพิ่มความทนทานในการทำกิจกรรมต่างๆ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพและ ไม่กล่าวโทษว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง

- กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุด พร้อมกล่าวชมเชย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดและพูดในทางบวก หลีกเลี่ยงความคิดทางลบที่จะทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าลดลง
- อธิบายให้ครอบครัวและญาติยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการฟื้นฟูผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทและการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจสม่ำเสมอ ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ปกติ

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 42 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 6 พฤษภาคม 2567 ถึง 10 พฤษภาคม 2567 มาด้วยอาการชาแขนขาซ้าย ไม่มีปากเบี้ยว พูดไม่ได้ชัด 14 ชั่วโมงก่อนมา (วันที่ 6 พฤษภาคม 2567) ตื่นนอนเวลา 05.00น. มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ญาตินำส่งโรงพยาบาล ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(CT -scan) Suggestive of acute small infarction at right corona radiata. ผลการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 8 คะแนน motor power grade left upper grade III, left lower grade II, motor power grade V right side นอนพักรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา 5 วัน วางแผนดูแลต่อเนื่องและจำหน่าย ส่งต่อพื้นที่คลินิกหมอครอบครัวหนองกะจะ ต.ปากช่อง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา ผู้ศึกษารับผู้ป่วยไว้ในความดูแลภายหลังกลับจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 21 วัน โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง มุ่งเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม 4 มิติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมถึงฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลชุมชนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลร่วมกัน ผู้ป่วยสภาพร่างกายดีขึ้น ญาติผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจขึ้น ผลการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 12 คะแนน ผู้ป่วยและญาติไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถดูแลตนเองลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย การสอนทักษะต่างๆที่จำเป็นในการดูแลและฟื้นฟูสภาพ การประสานภาคีเครือข่าย นักกายภาพบำบัด บุคลากรทางการแพทย์ และการติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการส่งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยให้กับครอบครัวและผู้ดูแล จะช่วยให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ต้องอาศัยสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย
2. พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและประสานสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง มีข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ
3. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย มีพลัง กำลังใจในการเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
4. การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญที่ประชาชนทุกคนควรตระหนัก และควรมีการรณรงค์อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบไปโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและลดโอกาสการเกิดความพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. *แบบประเมินคัดกรอง ADL* [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.185.18/download/hosxp/HOSxP&HOSxP_PCU/เอกสารประกอบ/แบบฟอร์มADL/แบบประเมินคัดกรองBathel ADL.pdf
2. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเอเชีย: การทบทวนวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ. *Nursing Science Journal of Thailand* 2562;37(1):86-107.
3. วิจิตรา กุสุมภ และอรุณี เสงยศมาก. (2551). *ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท*. ในวิจิตรา กุสุมภ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม*. พิมพ์ครั้งที่ 3 หน้า 283 -300. กรุงเทพมหานคร : สหประชาพานิชย์.
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care in the elderly)*. ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
5. AHA. (2005). *AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Part 9: Adult Stroke*, *Circulation* 112 (Suppl): 220
6. AHA. (2008). *High Blood Pressure Increases Your Risk for Stroke*. <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=2153> (Accessed 13/5/2567)

7. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. *World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022*. International Journal of Stroke 2020; 17(1):18-29.
8. Jazieh AR, Volker S, Taher S. *Involving the family in patient care: a culturally tailored communication model*. Global Journal on Quality and Safety in Healthcare. 2018;1(2): 33-7. doi:10.4103/JQSH.JQSH_3_18.
9. Lee SY, Kim DY, Sohn MK, Lee J, Lee S-G, Shin Y-I, et al. *Determining the cut-off score for the Modified Barthel Index and the Modified Rankin Scale for assessment of functional independence and residual disability after stroke*. Plus One. 2020; 15(1): e0226324-e.
10. National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2008). *Stroke : Hope to Research*. http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/detail_stroke.htm (Accessed 13/5/2567)
11. Tseng MC, Chang KC. Stroke severity and early recovery after first-ever ischemic stroke: results of a hospital-based study in Taiwan. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2006 Nov;79(1):73-78. DOI: 10.1016/j.healthpol.2005. 12.003. PMID: 16406133.