

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

ประภัสสร วีระประสิทธิ์ พ.บ.*

Received: 12 พ.ค.65

Revised: 1 ส.ค.65

Accepted: 19 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังจากพ้นระยะวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากพ้นระยะวิกฤต รายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย ที่โรงพยาบาลท่าม่วง ติดตามประเมินผลการดูแลรักษา ตั้งแต่รับกลับมาดูแลรักษาในโรงพยาบาลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 10 วัน และดูแลต่อเนื่องในชุมชน ช่วงเวลาสำคัญของการฟื้นฟู (Golden period for stroke rehabilitation) ในระยะเวลา 6 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลท่าม่วง มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กำลังกล้ามเนื้อ : แขนซ้ายระดับ 1 ขาซ้าย ระดับ 2 แขนและขาขวาระดับ 5 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Activity of Daily Living Index) ได้ 45 คะแนน หลังเข้ารับการดูแลโปรแกรมการดูแล กำลังกล้ามเนื้อ: แขนซ้ายระดับ 2+ ขาซ้ายระดับ 4+ แขนและขาขวาระดับ 5 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ได้ 90 คะแนน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น เดินได้โดยไม่ใช้ไม้เท้า 3 ขา

สรุป: จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการฟื้นตัวของเซลล์ประสาทสมองจะกลับมาทำงานได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีการทำงานของกำลังกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึกค่อยๆ ดีขึ้น โดยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมบ้าน อีกทั้งกระตุ้นระบบประสาทด้วยการฝังเข็มอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, การฝังเข็ม, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ระยะสำคัญของการฟื้นฟู, โรคหลอดเลือดสมอง

*กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว, โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

The nursing of Intermediate care with Family Physician Thawung Hospital, LopBuri: case study

Prapadsorn Weeraprasit M.D.*

Abstract

Introduction: This case study describes the intermediate care of patients with cerebrovascular disease (post-critical stroke). The objective was to enhance knowledge and skills of intermediate care.

Methods: This study investigated a post-critical stroke patient at ThaWung Hospital, Lopburi, Thailand. Follow-ups were continuously conducted during the golden period for stroke rehabilitation from October 2020 – March 2021.

Results: A patient came to the hospital with left side weakness and dysarthria. After checking the muscle power, it was found that the left side score was lower than the right side (Muscle power: Rt. UE&LE grade V, Lt. UE grade I, Lt. LE grade II). The Barthel Activity of Daily Living (ADL) Index score was 45 points. After treatment, the muscle power score on the left side increased (Muscle power: Rt. UE&LE grade V, Lt. UE grade II+, Lt. LE grade IV+) and the Barthel ADL Index scores was 90 points. The patient could walk by herself without a tripod cane.

Conclusion The result revealed that the nursing care for a patient with ischemic stroke during the golden period was important because the phase of brain neurons rapidly recovered. These could improve muscle power and sensation. Not only are family medicine processes effective but also Chinese traditional acupuncture treatments. As a result, the patient has a better quality of life.

Keyword Acupuncture, Cerebrovascular disease, Family Physician, Golden period, Intermediate care

*Department of Family Medicine, Thawung Hospital, Lopburi Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อย มีแนวโน้มผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโรค (WHO) คาดการณ์ว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 15 ล้านคน และ 5 ล้านคนพิการถาวร¹ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) ได้รายงานสาเหตุการตายของโรคหลอดเลือดสมองในปีที่ผ่านมาทั่วโลกพบมีผู้ป่วย 13.7 ล้านคน โดย 1 ใน 4 มีอายุ 25 ปีขึ้นไป เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 6.7 ล้านคนต่อปีสถานการณ์ในประเทศไทย ปี 2560-2562 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิงจากรายงานสถิติสาธารณสุขตั้งแต่พ.ศ.2558-2562 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 43.3 48.7 47.8 47.1 และ 53.0 ตามลำดับ²

สำหรับจังหวัดลพบุรี โรคหลอดเลือดสมองจากรายงานระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์(HDC) จังหวัดลพบุรีพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ตั้งแต่พ.ศ.2560-2564 (205.3 204.0 224.5 251.6 และ 274.3 ตามลำดับ) และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร (28.5 33.2 31.6 37.2 และ 40.5)³ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยยังมีความพิการอยู่ ทั้งช่วยเหลือตัวเองได้บ้างจนถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไป

สถิติของโรงพยาบาลท่าม่วงย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 – 30 กันยายน พ.ศ.2564

พบอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรที่โรงพยาบาลท่าม่วง 150 188 162 216 และ 214 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ และหลังจากการรักษาและติดตามต่ออีก 6 เดือน⁴ ในปีพ.ศ.2562-2564 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะการติดบ้านติดเตียง (Barthel index <55คะแนน) ร้อยละ 21.05 26.72 และ 17.44 อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในช่วงแรกของการเกิดโรคผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งจะสามารถลดค่าใช้จ่ายของการรักษาได้ในระยะยาวและลดการพึ่งพาของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลางหลังจากพ้นระยะวิกฤตรายการณแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 1 ราย ที่โรงพยาบาลท่าม่วง และติดตามต่อเนื่องในช่วงเวลาทองของการฟื้นฟู (Golden period for stroke rehabilitation) เป็นระยะเวลา 6 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การวางแผนจำหน่าย Team meeting report แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) บันทึกการเยี่ยมบ้าน และแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 50 ปี อาชีพรับจ้าง
เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษา ประถมศึกษา
อุปนิสัย ขยัน ร่าเริง ชอบพูดคุย สิทธิการรักษา
บัตรทอง ภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 วันก่อนมาโรงพยาบาล (15 ตุลาคม 2563)
ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด
แพทย์ประเมินและรักษาเบื้องต้น จากนั้นส่ง
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ที่
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผลพบ
hypodense lesion at Rt. corona radiata
extending to Rt. Lenticiform nucleus, probably
subacute infarction หลังจากนอนรักษาตัวที่

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ป่วยมีอาการ
แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น ทำ CT brain ซ้ำ
พบ increase hypodense at Rt. Corona radiate
to internal capsule, lentiform nucleus
and periventricular, subacute infarction
Rt. Lenticulostriate. แพทย์เฉพาะทางได้ให้
การรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต จึงส่งตัวมารักษาที่
โรงพยาบาลท่าม่วง แพทย์วินิจฉัย 1. โรคหลอดเลือด
ในสมองตีบ 2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. โรคความดันโลหิตสูง 4. โรคไขมันในเลือดสูง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
รักษาที่คลินิกรับยาไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธประวัติแพ้
ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ปฏิเสธ
ประวัติสูบบุหรี่

Exploring disease and illness**ตรวจร่างกาย**

Vital sign : BT 37°C, PR 88 bpm, RR 20 /min, BP 173/109 mmHg
General appearance: A Thai female with normal consciousness
Height 162 cm, BW 74 kg, BMI 28.20 kg/m²
HEENT : no pale conjunctiva, no icteric sclera, no cervical lymphadenopathy
CVS : normal S1S2, no murmur, no heaving, no thrill, full and regular
pulse
RS : equal breath sound both lungs, no adventitious sound
Abdomen : no abdominal distension, active bowel sound, soft, not tender,
Extremities : No deformity, no pitting edema, no stiff joint
Skin : no pressure sore
Neurological : Mental status: Good consciousness, oriented to time, place and
person
Cranial nerve: Pupils 2 mm RTLBE, dysarthria, Lt. UMN facial palsy
Sensory: Decrease sensation Lt. arm and leg
Muscle power: Rt. UE grade V, Rt. LE grade V, Lt. UE grade I, Lt. LE grade II
Deep tendon reflex: 2+ all
Babinski sign: Plantar flexion both sides
Gait: cannot evaluate

Cerebellar signs: Normal finger to nose test both sides

Depression screening PHQ-2 TH: positive

PHQ-9 TH: 15/27 points

PHQ-8 TH: 1/52 points

Illness⁵

- Idea : ทราบว่าอาการอ่อนแรงที่เป็นเกิดจากโรคประจำตัวของตนเองที่ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง
- Feelings : กังวลกลัวว่าจะกลับไปใช้ชีวิตได้ไม่เหมือนเดิม เป็นภาระคนอื่น
- Function : ใช้ชีวิตประจำวันลำบากขึ้น ต้องมีคนช่วยเหลือในหลายๆเรื่อง
- Expectation : ต้องการกลับไปเดินได้คล่องเหมือนเดิม และใช้มือทำงานได้ปกติ

Investigations

CBC: WBC 9420 cell/mm³, Neutrophil 69%, Lymphocyte 25%, Hb 12.0 g/dl, Hct 35%

Chemistry: BUN 8.8 mg/dl, Cr 0.7 mg/dl, eGFR 101.35 mL/Min/1.73m², Na 138.7

mmol/L, K 3.97 mmol/L, Cl 99.5 mmol/L, HCO₃ 21.2 mmol/L, LDL 160 mg/dl, HbA1C 5.1 %

EKG 12 leads: normal sinus rhythm rate 79 bpm, normal axis, no ST-T change

Pre-home visit และ Discharge plan

ประเมินผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล และ

วางแผนจำหน่าย 21 ตุลาคม 2563

วัตถุประสงค์ในการประเมินครั้งที่ 1

1. เพื่อประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองและวางแผนโปรแกรมในการรักษา
2. เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับแพทย์และเจ้าหน้าที่
3. เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม

ข้อวินิจฉัยที่ 1 Ischemic stroke: Lt.

hemiplegia

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ทำ CT พบ hypodense at Rt. Corona radiata to internal capsule, lentiform nucleus and periventricular,

subacute infarction Rt. Lenticulostriate ให้การรักษาโดยการชักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL)⁶ การกลืนอาหาร วางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเมินผล

The Barthel ADL ได้ 45/100 คะแนน แปลว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก ต้องการคนช่วยเหลืออย่างมาก

การกลืน: ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารแข็งและเหลวได้

กำลังกล้ามเนื้อ : Rt. UE grade V, Rt. LE grade V, Lt. UE grade I, Lt. LE grade II

การพูด: ผู้ป่วยยังมีการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 โปรแกรมสำหรับการฝึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับโรงพยาบาลท่าวัง จังหวัดลพบุรี

เวลา วันที่	8.00-10.00น.	10.00-12.00น.	12.00-13.00น.	13.00-15.00น.	15.00-16.00น.
1.	รับผู้ป่วย	พยาบาลฟื้นฟู	พักกลางวัน	แพทย์ประเมิน	ประสานทีมสหสาขา
2.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์/พยาบาลจิตเวช		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
3.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์/เภสัชกร		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
4.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์/โภชนาการ		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
5.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	team meeting
6.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
7.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
8.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
9.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	team meeting
10.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		HOME PROGRAM	จำหน่าย

โดยแพทย์มีหน้าที่

1. ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการทางระบบประสาท

2. ให้การรักษาที่เหมาะสมโดยการควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 180 mmHg ถ้ามีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ให้เริ่มยาความดันโลหิตสูง

3. ให้การรักษาโดยการให้ยา Dual antiplatelet therapy (DAPT) ASA (81) 1 tab po pc และ Plavix (75) 1tab po pc ให้ Atorvastatin (40) 1tab po pc เย็น เนื่องจากผู้ป่วยมีค่า LDL สูงกว่าเกณฑ์

4. ประเมินทีมสหสาขาเพื่อร่วมกันแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย ทั้งเรื่องการรักษาพยาบาล การกายภาพฟื้นฟู ภาวะซึมเศร้าหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการอาหารของผู้ป่วยแต่ละมื้อ การดูแลช่องปาก การจัดยาแต่ละมื้อของผู้ป่วย

พยาบาล ให้การรักษาตามคำสั่งแพทย์ กระตุ้นผู้ป่วยทำกายภาพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

นักกายภาพบำบัด ฝึกการทรงตัว นั่ง-ยืน-เดิน การพูด การออกเสียง และฝึกทำกิจกรรมบำบัด

แพทย์แผนไทย นวด ประคบ กระตุ้นกล้ามเนื้อ และเส้นประสาท

นักโภชนาการ กำหนดอาหารให้เหมาะสมกับโรคตามหลักโภชนาการ

พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังจากการเกิดโรค ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียด

ข้อวินิจฉัยที่ 21st diagnosis ischemic heart disease

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด เมื่อผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลท่าวังผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

ประเมินผล

ได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผลพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที

การวางแผนดูแลผู้ป่วย⁷

1. แนะนำอาการของโรคหัวใจขาดเลือดที่อาจจะเกิดขึ้นได้แก่ผู้ป่วย เช่น อาการเจ็บแน่นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย รู้สึกจะเป็นลม ถ้ามีอาการดังกล่าว ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

2. รับประทานยาเพื่อป้องกันการจับตัวของเกล็ดเลือดกับผนังของหลอดเลือดแดง (Aspirin)

3. ควบคุมระดับน้ำตาลและลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้

4. ลดภาวะความเครียดทางอารมณ์ โดยการฟังเพลง ฟังธรรมะ หรือทำกิจกรรมที่ชอบทำ

5. ออกกำลังกาย โดยการยืดเหยียดข้อต่างๆ ทั้งข้อแขนและข้อขา

6. แนะนำให้ตรวจสุขภาพประจำปี อย่างสม่ำเสมอ รักษาระดับน้ำตาลในเลือดความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

ข้อวินิจฉัยที่ 3 Underlying disease: Essential hypertension, Hyperlipidemia

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เคยรักษาที่คลินิกแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีอาการเป็นโรคเส้นเลือดสมองและเส้นเลือดหัวใจตีบซ้ำได้อีก

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ขณะนอนโรงพยาบาลได้รับยาไขมันในเลือดสูง แต่ยังไม่ได้รับยาความดันโลหิตสูง เนื่องจากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด

Vital sign: BP 168/102 mmHg, PR 90 bpm

Lab: LDL 160 mg/dl

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. รักษาระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 220 mmHg และเมื่ออาการทางระบบประสาทคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง จึงเริ่มยาชนิดรับประทาน โดยมีเป้าหมายให้ความดันลดลงร้อยละ 15 ของค่าความดันโลหิตเริ่มต้น

2. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์และรับการรักษาโรค Essential hypertension, Hyperlipidemia

ตามแพทย์นัด กรณีมีอาการผิดปกติควรรีบพบแพทย์ทันที

3. ควบคุมระดับความดันโลหิต ไขมัน และน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ควบคุมอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ สำหรับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หวาน มัน

5. ทำกายภาพสม่ำเสมอ และควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม

6. งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน

ข้อวินิจฉัยที่ 4 Non-adherence to medication

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รักษาที่คลินิก ทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่เห็นความสำคัญของการทานยา บางครั้งผู้ป่วยแจ้งว่าลืมทานยาเนื่องจากทำงานบ้านจนลืม หรือบางครั้งจำไม่ได้ว่าทานยาไปหรือไม่ จึงทำให้ผู้ป่วยทานยาไม่สม่ำเสมอ

ประเมินผล

ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลทำวัตรพยาบาลจัดยาตามที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทานตรงตามทุกมื้อ และได้มีการสอบถามผู้ป่วยว่าวันนี้ผู้ป่วยรับประทานยาไปทั้งหมดจำนวนกี่เม็ด เวลาไหน และเป็นยารักษาโรคอะไรบ้าง

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

วางแผนร่วมกับผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยหาวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยทานยาได้ตามที่กำหนดไว้ เช่น ใส่กล่องแยกยา เข้า-ก่อนนอน หลังอาหารและก่อนอาหาร หรือติดยาไว้ที่ปฏิทิน เพื่อให้ผู้ป่วยทานยาได้ตรงเวลามากขึ้น และมีการรับประทานยาจริง

ข้อวินิจฉัยที่ 5 Post-stroke depression

เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบมาก่อน ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะเครียดไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติเหมือนเดิม ผู้ป่วยมีอาการท้อแท้ เบื่ออาหาร ไม่อยากทำอะไร บางครั้งมีความคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี

ประเมินผล

ประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ผลเป็นบวก จึงทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน 9Q ได้ 15 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาต่างๆ เรื่องความกังวลของผู้ป่วยและเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจมากขึ้น เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย โดยใช้หลักการของ BATHE technique⁸
2. วางแผนร่วมกับญาติให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าซึ่งผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
3. ให้ความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเห็นว่าทีมแพทย์มีความพร้อมที่จะช่วยเหลือดูแลในทุกๆ ด้าน
4. ประสานทีมงานจิตสังคมของโรงพยาบาลทำวู้ง เพื่อร่วมประเมินในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ในกรณีที่อาการของคนไข้ไม่ดีขึ้น
5. พิจารณาให้ยาเมื่อทำจิตบำบัดไม่ได้ผล และภาวะซึมเศร้ากระทบต่อการรักษา กายภาพบำบัด โดยอาจเริ่มยา Fluoxetine ในระยะแรกแล้วประเมินอาการซ้ำ

Team meeting report ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และวางแผนจำหน่าย

จากการประชุมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบปัญหาที่สำคัญดังนี้คือ Ischemic stroke และ Post stroke depression จึงวางแผนให้ผู้ป่วย

ทานยารักษาโรคและตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วย ทำกายภาพบำบัดตามที่ได้อสอนโดยให้ญาติช่วยกระตุ้น และสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เพิ่มมากขึ้นอาจเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประเมินพยาบาลจิตเวชร่วมประเมินและพิจารณาการให้ยามีการเตรียมบ้านและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีคะแนน Barthel ADL 75 คะแนน ผู้ป่วยสามารถเดินด้วย tripod cane ได้ โดยมีคนประคองข้างๆ ได้ประมาณ 5 เมตร BP 150/100 mmHg PR 92 /min

Home visit assessments

การประเมินการเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยลงชุมชน 10 พฤศจิกายน 2563

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน

1. เพื่อประเมินภาวะของโรคหลอดเลือดสมองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แผลกดทับ ข้อติด ปอดติดเชื้อ เป็นต้น
3. เพื่อให้การฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านจนกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด
4. เพื่อให้การดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านตามหลัก INHOMESSS⁹**Impairment/Immobility**

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย โดยประเมินจาก The Barthel Activity of Daily Living Index ได้ 75 คะแนน คือ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลืออยู่

ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย มีอาการไหล่ติดและเจ็บเข่า

Nutrition

- ภาวะโภชนาการ: BW 74 kg, Height 162 cm, BMI 28.20 kg/m²
- รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน
- ผู้ป่วยชอบทานอาหารทอด และอาหารรสเค็ม
- ไม่ได้รับประทานอาหารเสริมใดๆ

Housing

เป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นล่างเป็นโถง มีอุปกรณ์ทำการเกษตรวางไม่ค่อยเป็นระเบียบ มีห้องนอนเล็กๆ 2 ห้อง เตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ห้องน้ำอยู่ใกล้ห้องนอน วัสดุปูพื้นลื่นเป็นบางแห่ง ลักษณะส้วมเป็นแบบนั่งราบ (ชักโครก) บริเวณห้องนอนของผู้ป่วยมีมุ้งลวด สามารถกันแมลงในสัตว์มีพิษเข้าไปในห้องได้ มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องน้ำและห้องสุขาเป็นห้องเดียวกัน พื้นห้องน้ำไม่ลื่น ไม่มีราวจับขณะลุกเวลานั่งชักโครก

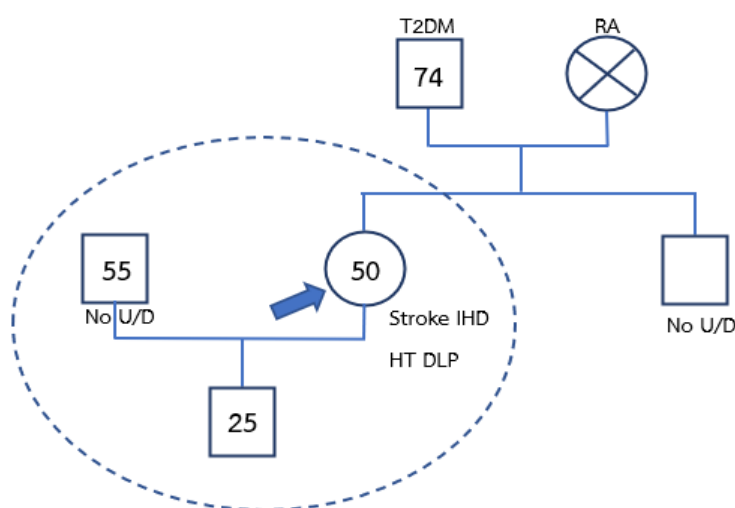
อาณาบริเวณ: รอบบ้านเป็นดินลูกรัง พื้นเรียบสม่ำเสมอ มีบ้านใกล้เคียงหลายหลัง

Other people

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและลูกชาย 1 คน
สามีอายุ 55 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว เป็นผู้ดูแลหลักในช่วงกลางคืน

ลูกชาย อายุ 25 ปี เรียนจบปริญญาตรี ก่อนหน้านี้ทำงานเป็นลูกจ้างประจำอยู่ที่เทศบาล หลังการตาบอดจึงลาออกจากงาน ปัจจุบันช่วยที่บ้านทำนา ปฏิเสธโรคประจำตัว สถานภาพโสด เป็นผู้ดูแลหลักในช่วงกลางวัน และเป็นคนพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทุกครั้ง แพทย์นัดสามารถจัดยาและอาหารให้ผู้ป่วยทานได้ รายได้หลักมาจากการทำนา ซึ่งมีรายรับรายจ่ายอยู่ในระดับปานกลางไม่เดือดร้อน มีเงินใช้ประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน และมีเงินเก็บเพียงพอในการดูแลมารดา

บิดาและมารดาของผู้ป่วย ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ป่วย บิดามีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน มารดามีโรคประจำตัวเป็นรูมาตอยด์เสียชีวิตแล้ว



ภาพที่ 1 Family Genogram¹⁰

Medication: ยาที่รับประทานประจำ ได้แก่

ASA(81) 1tab po pc

Plavix(75) 1tab po pc

Atorvastatin(40) 1tab po hs

Amlodipine(5) 1tab po pc

ผู้ป่วยทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษา

Physical examination

Vital sign BT 37 °C, BP 140/90mmHg, PR 90/min, RR 20/min

General appearance Good

consciousness, well cooperation

Respiratory Normal breath sound, no adventitious sound

Cardiovascular No tachycardia, regular rhythm, normal S1 S2, no murmur

Extremities No deformity, no pitting edema, mild stiff joint of Lt. shoulder

Neurological Muscle power : Rt. UE grade V, Rt. LE grade V, Lt. UE grade II, Lt. LE grade III

Decrease sensation of Lt. arm and leg

No facial palsy, no dysarthria

Depression screening PHQ-2 TH: positive
PHQ-9 TH: 3 /27 points**Safety**

ในบ้าน: จุดเสี่ยงภายในบริเวณบ้านมี 4 ตำแหน่ง จุดแรกคือบริเวณห้องนอนของผู้ป่วย บริเวณที่นอนของผู้ป่วยวางอยู่บนพื้นซึ่งสูงประมาณ 10 นิ้ว อาจทำให้สัตว์มีพิษมาทำร้ายได้ และทำให้มีปัญหาในเรื่องการลุกยืนจากที่นอน จุดที่สองคือ บริเวณบ้านวางของไม่ค่อยเป็นระเบียบอาจทำให้เกิดการเดินชนได้จนทำให้เกิดการสะดุดล้มได้ จุดที่สามคือ บริเวณพื้นบางส่วนมีพื้นลื่นและจุดที่สี่ บริเวณห้องน้ำ ไม่มีราวจับ ขณะลุกเวลานั่งชักโครก ทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้ม เวลาพาผู้ป่วยลุกยืนแต่งตัวและขณะเดิน

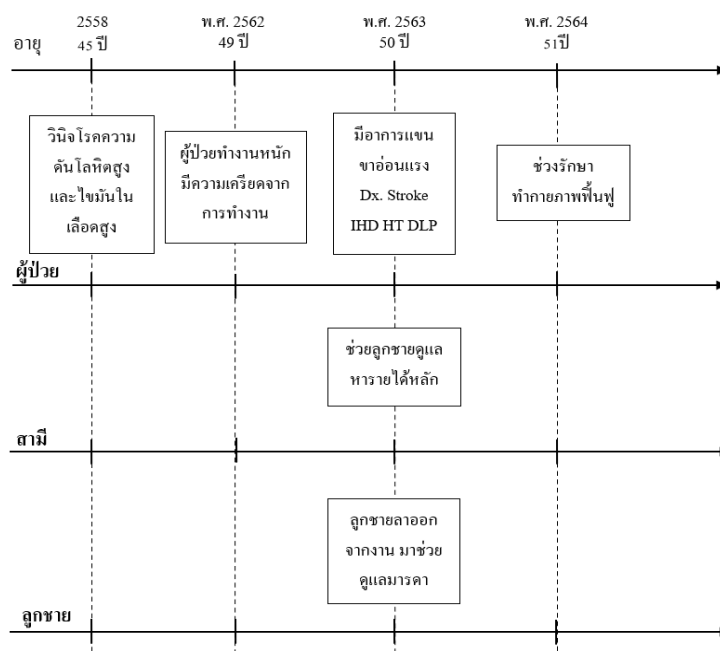
Spiritual health

จิตวิญญาณของผู้ป่วยคือการกลับมา มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวสมบูรณ์ ซึ่งประเมินตามเครื่องมือ FICA¹¹ ได้ดังนี้

- Faith: สิ่งสำคัญต่อการมีชีวิตของผู้ป่วยคือลูกและชีวิตครอบครัว
- Importance: ครอบครัวสำคัญ เพราะในชีวิตคนคนหนึ่งการได้มีครอบครัวที่สมบูรณ์ช่วยทำให้ชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น
- Community: ชุมชนมีส่วนช่วยสนับสนุนและคาดหวังให้กลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ปกติ
- Address in care: อยากให้ดูแลจนสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันเองได้

Service

- ใช้บริการสถานพยาบาลทาง การแพทย์สิทธิประกันสุขภาพถ้วน หน้าโรงพยาบาลทำวั่ง

ภาพที่ 2 Family times flow chart¹²

สรุปปัญหาจากการเยี่ยมบ้าน

1. Ischemic stroke : Lt. hemiplegia
2. Lt. shoulder joint stiffness
3. Overnutrition and overweight
4. Unsafe environment
5. Post-stroke depression
6. Caregiver burden

ปัญหาข้อที่ 1 Ischemic stroke: Lt. hemiplegia

หลังจากผู้ป่วยกลับมาพักที่บ้าน ผู้ป่วยได้ฝึกทำกายภาพด้วยตนเองทุกวัน โดยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) โดยระยะแรกให้ผู้ป่วยยกแขนโดยมีคนประคองอยู่ข้างๆ หลังจาก que ผู้ป่วยมีแรงมากขึ้นจึงให้ผู้ป่วยยกขวดน้ำ โดยค่อยๆ เพิ่มน้ำหนัก ส่วนบริเวณขาใช้ถุงทรายเป็นตัวถ่วงน้ำหนัก ผู้ป่วยสามารถเดินด้วย tripod cane ได้ โดยมีคนประคองข้างๆ ได้ประมาณ 5 เมตรเท่ากับก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ประเมินผล

ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจร่างกาย ตรวจอาการทางระบบประสาท และให้ผู้ป่วยทำท่ากายภาพที่ได้สอนไป ผู้ป่วยสามารถทำท่ากายภาพที่ถูกร้อยละ 75

The Barthel ADL ได้ 75/100 คะแนน แปลว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มาก ซึ่งขาดใน หัวข้อการเคลื่อนย้าย การเดินการเคลื่อนไหว การใช้ห้องสุขา และการขึ้นลงบันได

Muscle power : Rt. UE & LE grade V, Lt. UE grade II, Lt. LE grade III ซึ่งดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงขณะนอนโรงพยาบาล

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. นักกายภาพสอนท่ากายภาพที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยและญาติ จากนั้นให้ผู้ป่วยและญาติ ทบทวนท่าที่สอนจนทำได้ถูกต้อง

2. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกเดินโดยใช้ Tripod Cane โดยมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ใช้ระยะเวลาการฝึกเดิน 30 นาที ในช่วงเช้าและเย็น

3. เฝ้าสังเกตอาการขณะทำกายภาพว่ามีอาการ เจ็บเค้นอก ใจสั่น เหนื่อยออก เหนื่อยขณะออกแรง

รู้สึกจะเป็นลม ถ้ามีอาการดังกล่าว ให้หยุดทำ
กายภาพทันที ถ้ามีอาการไม่ดีขึ้นให้มา
โรงพยาบาลทันที

4. แนะนำเรื่องการทานยาให้ครบถ้วน
ตามที่แพทย์สั่ง และมาติดตามอาการที่
โรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง

5. หาทีม อสม. มาช่วยดูแลผู้ป่วย โดยการ
กระตุ้นให้ทำกายภาพ และวัดความดันโลหิต
แบ่งเบาภาระผู้ดูแล เพื่อลดภาระ Caregiver burden

6. ปรึกษาทีมผู้นำชุมชน เพื่อให้เข้ามามี
ส่วนร่วมในการช่วยดูแล และหาแหล่งสนับสนุน
ต่างๆในเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็นในการใช้ทำ
กายภาพที่บ้าน ปรับสภาพบ้านให้เป็นระเบียบ
และปลอดภัย เพื่อป้องกันการลื่นล้ม

7. เสนอทางเลือกการรักษาโดยการฝังเข็ม
แบบสิงหนาวโคเชียว¹³ พร้อมทั้งกระตุ้นไฟฟ้า
และกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลทำวัน
สัปดาห์

ปัญหาข้อที่ 2 Lt. shoulder joint stiffness¹⁴

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง
มีได้หลายภาวะ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง
ท้องผูก ปอดติดเชื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะ
ข้อไหล่ด้านซ้ายติด เนื่องจากผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อ
ของข้อมือซ้ายน้อย เจ็บเวลายกแขนซ้าย ทำให้ผู้ป่วย
ไม่ค่อยเคลื่อนไหวแขนฝั่งซ้าย จึงทำให้เกิดภาวะ
ข้อติดตามมา

ประเมินผล

ในท่านั่งผู้ป่วย ข้อไหล่ของผู้ป่วยงอได้
ประมาณ 120 องศาและเหยียดได้ประมาณ 30 องศา
กางแขนได้ประมาณ 150 องศาและหุบแขนได้
40 องศา หมุนเข้าและออกได้ประมาณ 50 องศา
มีอาการปวดบริเวณไหล่

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. สอนท่ากายภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติ
โดยให้ช่วยยกแขน-ขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นลงและงอ
เข้าออกทำสลับกัน 20 ครั้ง เข้า-เย็น

2. ฝึการระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ตามมาในอนาคต โดยให้ความรู้ภาวะที่สามารถ
เกิดขึ้นได้ วิธีป้องกันและแก้ปัญหาเบื้องต้น

3. เสนอทางเลือกในการรักษา เช่น
การฝังเข็ม การทำกายภาพบำบัด นวดแพทย์
แผนไทยที่โรงพยาบาลทำวัน

ปัญหาข้อที่ 3 Overnutrition and overweight

จากการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยยังทาน
อาหารที่มีรสเค็มและของทอดอยู่ ซึ่งเมื่อผู้ป่วย
ทานอาหารดังกล่าวเป็นประจำจะมีการดูดน้ำ
กลับเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น หากร่างกายได้รับ
เกลือในปริมาณมากจนเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยมี
ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ และน้ำหนักตัวของผู้ป่วย
ยังมีน้ำหนักพอเดิมกับตอนนอนที่โรงพยาบาล
ซึ่งเป็นน้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

ประเมินผล

Physical examination

BW 74 kg, Height 162 cm, BMI 28.20 kg/m²

Vital sign: BP 140/90 mmHg, PR 90/min

Respiratory: Clear

Extremities: no pitting edema

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. ลดเค็มโดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือ
โซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป
อาหารกระป๋อง เครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น เกลือ
น้ำปลา ซอสปรุงรส เป็นต้น

2. รับประทานผักผลไม้ให้หลากหลาย และ
รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ เป็นประจำทุกวัน
เพราะถ้ารับประทานอาหารเช้าพวกโปรตีน
ไม่เพียงพอ จะมีผลต่อการสร้างกล้ามเนื้อ

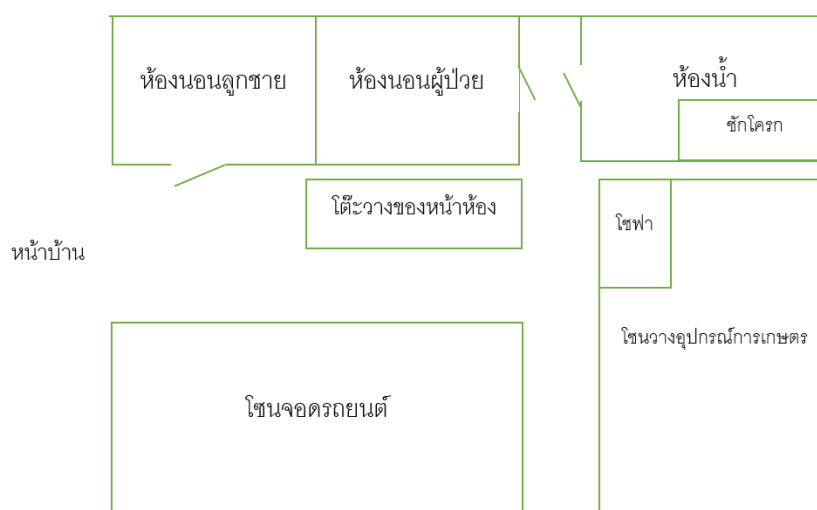
3. หลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหาร
ที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันหมู หมูสามชั้น เนย
ครีม น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม อาหารที่ทำจาก
กะทิ เพราะกรดไขมันอิ่มตัวส่วนใหญ่ทำให้ระดับ
โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น

4. เลือกวิธีการปรุงอาหารที่ใช้ไขมันน้อย เช่น ต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ย่าง ยำ แทนการทอดหรือผัด ซึ่งใช้น้ำมันในปริมาณมาก

5. เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ้วนระดับ 1 จึงแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักและรับประทานอาหารตามที่กล่าวมาข้างต้น

ปัญหาข้อที่ 4 Unsafe environment¹⁵

1. เติงของผู้ป่วยที่วางติดพื้น
2. ของบริเวณบ้านที่ไม่เป็นระเบียบ



ภาพที่ 3 ผังบ้านของผู้ป่วย

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. ขอสนับสนุน เติงของผู้ป่วย จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ญาติและผู้ดูแลช่วยกันจัดของบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบ คัดแยกสิ่งของต่างๆ ให้เป็นสัดส่วน
3. ขอสนับสนุนจากท้องถิ่นให้เข้ามาปรับปรุงพื้นที่บ้าน และห้องน้ำให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย

ปัญหาข้อที่ 5 Post-stroke depression¹⁶

หลังจากได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตัวโรคเพิ่มมากขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น แต่ยังมีภาวะเครียดเป็นบางครั้ง เวลาผู้ป่วยอยู่คนเดียว

3. พื้นบ้านบางส่วนที่เป็นพื้นลื่น

4. ห้องน้ำที่ไม่มีราวจับ

ประเมินผล

เนื่องจากเตียงของผู้ป่วยอยู่ติดพื้น ทำให้ผู้ป่วยลุกยืนลำบาก และบริเวณบ้านไม่เป็นระเบียบ อีกทั้งบริเวณบ้านบางส่วนลื่นและห้องน้ำไม่มีราวจับ เสี่ยงต่อการลื่นล้ม

ประเมินผล

คัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q มีผลเป็นบวก ประเมิน 9Q ได้ 3 คะแนน แปลผลว่า ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อยมาก หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการฝึกทำกายภาพ
2. สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและญาติ
3. ประสานทีมอสม.และเพื่อนบ้านให้เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยเวลาอยู่คนเดียว

ปัญหาข้อที่ 6 Caregiver burden

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องมีญาติช่วยดูแลอยู่ตลอดเวลา ลูกชายของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักในช่วงที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและที่บ้าน จึงทำให้เสี่ยงต่อภาวะ Caregiver burden

ประเมินผล

โดยพิจารณาตาม Predictors of caregiver burden ตามปัจจัยต่างๆได้ดังนี้

1. ปัจจัยจากผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลค่อนข้างมาก
2. ปัจจัยของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตน นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย
3. ปัจจัยด้านสังคม ยังขาดแคลนทีมที่จะเข้าไปให้การดูแลและองค์ความรู้ เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

จากการประเมิน Predictors of caregiver burden พบว่า ลูกชายมีความเสี่ยงต่อภาวะ Caregiver burden ปานกลาง ในการดูแล Caregiver จึงประเมิน Illness ก่อนเพื่อนำมาสู่การแก้ไขปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น

การประเมิน Illness ลูกชาย

Idea: โรคอัมพาตรักษาไม่หายแต่อาจดีขึ้นได้ การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของตน

Feeling: สงสารผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต กังวลว่าจะผู้ป่วยพิการไปตลอดชีวิต

Function: การทำกิจกรรมในสังคมลดลง

Expectation: อยากให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ หรืออย่างน้อยสามารถช่วยเหลือตนเองได้

การวางแผนดูแลผู้ดูแล

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค ฝึกสอนการทำการกายภาพบำบัด ซึ่งจะสนับสนุนให้ผู้ป่วย

ช่วยเหลือตัวเองได้ต่อไปในอนาคต เพื่อลดภาระการพึ่งพิง Caregiver

2. ให้กำลังใจ ชื่นชม และคอยเป็นที่ปรึกษาของญาติทั้งทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ

3. ให้ทีม Caregiver ช่วยดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลากลางวันสลับกับการดูแลของญาติ เพื่อให้ญาติได้มีเวลาพัก

4. ให้ความรู้ญาติในเรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดโรค เพราะถ้ามีผู้ป่วยเพิ่มในครอบครัว จะทำให้ไม่มีคนหารายได้ และทำให้มีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น

Team meeting report

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบปัญหาดังที่กล่าวข้างต้น ทางทีมสหสาขาวิชาชีพจึงวางแผนในการรักษาผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยทำการกายภาพและฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าบริเวณจุดหลัก Renzhong จูตรอง Neiguan, Sanyinjiao จุดเสริม Jiquan, Chize, Weizhong อย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ทำวันละทุกสัปดาห์ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของลมปราณและเลือด มีการปรึกษากับนักโภชนาการในการควบคุมปริมาณอาหารและน้ำหนักตัว ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ประสานทีมพยาบาลจิตเวชในการดูแลเรื่องสุขภาพจิตทุก 1-2 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า และติดต่อทีมผู้ดูแล (CG) เพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ติดต่อทีมอสม.แกนนำชาวบ้านในการปรับปรุงภูมิทัศน์ภายในบ้านให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ทางทีมได้ให้กำลังใจญาติที่ดูแลผู้ป่วยและมีการจัดเวรสับเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย โดยให้ญาติและ CG สลับกันดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะลดความเครียดให้กับญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งวัน ระหว่างที่ทำการรักษาได้มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และโรคหัวใจขาดเลือด อีกทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ เช่น แผลกดทับ

ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อต่างๆ พบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนทำให้ต้องนอนรพ. ผลลัพธ์จากการรักษาที่โรงพยาบาลทุกสัปดาห์จนครบ 6 เดือน และฝึกทำกายภาพเองที่บ้านทุกวันจนครบ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคนี้ทำให้เกิดภาวะแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ และมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าจากงานวิจัยเรื่องผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อการฟื้นตัวกล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าและผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนผู้ดูแลจากครอบครัวพบว่ามีความซึมเศร้าลดลง¹⁷ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลช่วยเหลือภายในครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าได้เร็วขึ้นก่อนป่วยผู้ป่วยมีอาชีพขายอุปกรณ์ทำพวงมาลัยเป็นการหารายได้ช่วยสามีและลูกในช่วงที่ไม่มีรายได้จากการทำนา หลังจากการป่วยสามีเป็นผู้หารายได้หลักเพียงคนเดียว บุตรชายต้องลาออกจากงานมาเป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลในเรื่องการจัดยาให้ผู้ป่วย การทำกายภาพ จัดการเรื่องอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกลับมาเป็นซ้ำทั้งโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วย

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีหน้าดูแลทั้งตัวโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งได้วางแผนร่วมกันทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลท่าเรือพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งทีมภาคีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนได้เข้าไปช่วยกันปรับปรุงบ้านและดูสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ซึ่งการลงไปเยี่ยมบ้านทำให้เห็นสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย และสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ทีมสนับสนุนในชุมชน นักบริบาล เจ้าหน้าที่คอยเป็นกำลังใจแบ่งเบาภาระแก่ครอบครัว การเยี่ยมบ้านเป็นการแสดงความเป็นกัลยาณมิตร โดยให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และแผนการดำเนินการรักษาฟื้นฟู สร้างความมั่นใจในการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ในการดูแลสุขภาพที่บ้านและร่วมมือในการเข้ารับการกายภาพฟื้นฟู¹⁸ อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 6 เดือน รวมทั้งการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนทำให้การรักษาและฟื้นฟูมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สรุป

จากการติดตามอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลท่าเรือจนครบระยะเวลาสำคัญการฟื้นฟู ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการรับประทุษานยา กายภาพบำบัด นวดประคบ ฝังเข็ม กระตุ้นไฟฟ้า และการดูแลรักษาแบบองค์รวม ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2 วันจนครบ 6 เดือน โดยทำกายภาพบำบัดฟื้นฟู และ

รักษาโดยการฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าแบบแพทย์แผนจีน มีการประเมินกำลังแขนขาและ Barthel ADL index ซ้ำทุกๆ 1 เดือนจนครบ 6 เดือน

(ตารางที่ 2) และมีการติดตามอาการที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

ตารางที่ 2 การประเมินอาการทางระบบประสาทและ Barthel ADL

	Muscle power			sensation	Barthel ADL (100คะแนน)	Sitting balance	standing balance	Walking balance
		Rt.	Lt.					
เดือนที่ 2 18 พ.ย. 63	arm	V	II	Impaired	75	good	good with tripod cane	good with tripod cane
	leg	V	III					
เดือนที่ 3 18 ธ.ค. 63	arm	V	II	Impaired	75	good	good with tripod cane	good with tripod cane
	leg	V	III					
เดือนที่ 4 20 ม.ค. 64	arm	V	II	Intact	80	good	Good without aid	good with tripod cane
	leg	V	IV					
เดือนที่ 5 19 ก.พ. 64	arm	V	II	Intact	85	good	Good without aid	good without tripod cane
	leg	V	IV					
เดือนที่ 6 30 มี.ค. 64	arm	V	II+	Intact	90	good	Good without aid	good without tripod cane
	leg	V	IV+					

วิจารณ์

จุดแข็ง

โรงพยาบาลทำวงมีตติ้งผู้ป่วยในที่ดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ในแต่ละบุคคล และมีการทำหัตถการเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลอื่น คือ การฝังเข็ม มีแพทย์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ชุมชนและดูแลตนเองได้

จุดอ่อน

1. การฝังเข็มในขณะที่นอนรักษาที่โรงพยาบาล อาจทำให้การรักษาดีขึ้นเร็วกว่าเดิม

2. ทั้งนี้ต้องได้รับการยินยอมการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ

3. ในผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel ADL น้อยกว่า 20/100 มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง การเข้ารับโปรแกรมอาจต้องใช้เวลาที่นานขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้าลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นำไปขยายผลให้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่น เพื่อเป็นรูปแบบใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับประทานอาหาร

4. การศึกษากรณีศึกษาเพียง 1 ราย ไม่สามารถอนุมานได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการฝังเข็มให้ผลดีกับผู้ป่วยทุกราย

เอกสารอ้างอิง

- World Stroke Organization. World stroke organization [Internet]. 2020 [cited 2022 March 30]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/learn-about-stroke>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุการตาย. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2565];91. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. ลพบุรี: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://lri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Kyoung Bo Lee, Seong Hoon Lim, Kyung Hoon Kim. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. International Journal of Rehabilitation Research 2015; 38(2): 173–180.
- กฤษณะ สุวรรณภูมิ. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2554; 3: 38-44.
- Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 56-61.
- วิชาญ ปาวัน,บรรณาธิการ. คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
- Joseph AL, Marian RS. The BATHE method: Incorporating Counseling and Psychotherapy into the Everyday Management of Patients. The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry 1999; 2: 35-39.
- BRIAN K. UNWIN, MAJ, MC, USA, AND ANTHONY F. JERANT. The Home Visit. American Family Physician 1999: 60(5): 1481-1488
- Monica McGoldrick, Randy Gerson, Sueli Petry. Genograms Assessment and Intervention. 3rd Ed. New York: WW Norton; 2007.
- Christina P, Anna LR. Taking Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. Journal of Palliative Medicine 2000; 3: 129-137.
- Rakel RE. Textbook of family practice. 5th ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 1995. p.28-29.
- ธวัช บุรณ ถาวรสม, สมคิด ปิยะมาน, บรรณาธิการ. ฝังเข็มร่วมรักษาโรค เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์สวรินทร์การพิมพ์; 2557.
- Kieran Walsh. Management of shoulder pain in patients with stroke. Postgraduate Medical Journal 2001; 77: 645–649.
- Rakel RE and Rakel DP. Textbook of Family Medicine. 9th Ed. United States: Elsevier Saunders; 2016.
- แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
- Dong-Heun Ahn, MD, Yung-Jin Lee, MD, Ji-Hun Jeong, MD, Yong-Rok Kim, MD, Jong-Bum Park, MD. The Effect of Post-Stroke Depression on Rehabilitation Outcome and the Impact of Caregiver Type as a

Factor of Post-Stroke Depression. Annals of Rehabilitation Medicine 2015; 39(1): 74-80.

18. อัญชลี จุฑะพุทธิ, บุญใจ ลิ้มศิลา, วิรลพัชร เสี่ยงประเสริฐ, ฐิตารัตน์ ศุทธะชัยอนันต์, บรรณาธิการ. แนวทางการจัดการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ร้านพิมพ์ทอง; 2563.