การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา

เพียงใจ ดาวัลย์
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาหญิงไทย วัย 72 ปี เข้ารับการรักษาใน stroke unit หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสิงห์บุรี เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2561 มาโรงพยาบาล ด้วยอาการ 30 นาทีก่อน ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูง 5 ปี และเบาหวาน 3 ปี รับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี แต่ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในได้ไม่ดี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute ischemic stroke with Stroke fast track และ CT brain พบ Moderate brain atrophy,No demonstrable intracranial hemorrhage.NIHSS 7 BW 55.4 kgs. แพทย์รักษาโดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด ครบ 24 ชั่วโมง ส่ง CT brain ซ้ำ พบ Hypodense lesion involed right parietooccipital lobe, possibly acute infarction of right PCA territory. ประเมินการกลืน พบว่ากลืนได้ปกติและสามารถรับประทานอาหารอ่อนจืดเบาหวานได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลให้การพยาบาลในก่อนและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ จนอาการคงที่ แล้วจึงส่งทำกายภาพบำบัด นอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 6 วัน จึงจำหน่าย โดยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ และนัดติดตามอาการที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในทุกระยะ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน, ยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

A Thai female 72 years old was admitted in stroke unit at Singburi Hospital on 13 December 2017. She had facial palsy, dysphagia and cell hemiparesis about 30 minutes. Her underlying disease was hypertension and impair Fast glucose. The doctor suspect that she was Acute ischemic stroke and stroke fast tract

CT brain showed that moderate Brain Atrophy and not seen intracerebral hemorrhage. She had 7 of NIHSS score and 55.4 kg of body weight. So she can receive rtPA intravenous. After 24 hours from rtPA infusion CT brain showed that hypodence lesion involve Right parietooccipital lobe, possibly acute infarction of right PCA territory. She can swallowed by diabetes low salt soft diet. So the nurse should be knowledge and nursing care pre-post receive rtPA. The purpose mornitoring change symptom and

complication until stable. She did physicial theraphy. She was admitted about 6 days.The doctor make an appointment from Discharge at Stroke Clinic.

The nursing in physicail and mild of Cerebrovascular disease patient have goal for normaly dialy activity.

Keyword: Ischemic stroke, Thrombolytic drugs

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง(cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ2 ในเพศชาย[1] ของประชาชนไทยนอกจากนี้จากการศึกษาในปี2555 พบว่ารายงานความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ345 รายต่อประชากรแสนคน[2] และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุ ของการสูญเสียปีสุขภาวะ(disability adjusted life year) ที่สำคัญโดยผู้ป่วยที่รอดชีวิต มักมีความพิการหลงเหลืออยู่[3]จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี2560 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ประชากรไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[4]

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พิสูจน์แล้วว่า สามารถลดอัตราเสียชีวิตและพิการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้[5] คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)[6] 2) การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Aspirin) แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันภายใน 48 ชั่วโมงแรก และ 3) การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic drug) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก[7]

จังหวัดสิงห์บุรี พ.ศ. 2561 มีประชากร 208, 573 คน พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ 46,825 ราย ร้อยละ 24.33 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 15,552 ราย และจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 36,578 ราย ส่งผลกระทบมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องติดใน 5 อันดับโรค พบว่าปี 2558-2561 จำนวน 442 ราย, 469 ราย, 534 รายและ511 รายตามลำดับ[8] โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันเวลาใน4.5 ชั่วโมง และได้รับยาละลายลิ่มเลือด พบว่าตั้งแต่ปี 2558-2561 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จำนวน 28ราย ได้รับยา12 ราย (ร้อยละ 42.85), จำนวน 31ราย ได้รับยา15 ราย (ร้อยละ 48.39), จำนวน 21ราย ได้รับยา8 ราย (ร้อยล่ะ 38.10), จำนวน23ราย ได้รับยา16 ราย (72.7) ตามลำดับ[8]

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะฟักฟื้น การเตรียมตัวกลับบ้านและการติดตามผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นได้อีกด้วย

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย รู้สึกตัวดี วัยสูงอายุ รูปร่างสมส่วน ผิวขาว ผมสีดำ นอนพักบนเตียงมาโรงพยาบาล มุมปากซ้ายตก พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง NIHSS 7 On 0.9% Nacl 1000 ml vien 80 ml/hrที่มือขวา และon extention clave ที่ข้อพับแขนขวา

อาการสำคัญ

ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

Last well seen 12.00 น.รับประทานอาหารอาการปกติ 12.30 น.ขณะยืนขายของ เวียนศีรษะ นั่งพัก 12.35 น. ญาติพบผู้ป่วยปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง จึงตัดสินใจรีบนำส่งโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา คือ HCTZ (25) 1 tab OD. oralp.c., Normetec (Amlo 5 mg +Olmesartan 20 mg) 1 tab OD. oral p.c. และระดับไขมันในเลือดสูง โดยการรับประทานยา คือ Simvastatin (20) 11 tab OD. oral h.s.ทั้ง 2 โรคเป็นมา 5 ปี และโรคเบาหวาน(Diabetes Mellitus type 2) รักษาโดยการรับประทานยา คือ Glipizide 1 เม็ดครึ่ง b.i.d. oral a.c. และ Metformin (500) 1 tab b.i.d. oral p.c.เป็น 3 ปี รับประทานไม่สม่ำเสมอ และรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างสมส่วน ผิวขาว ผมสีดำ ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE, มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนข้างขวาเกรด 5 แขนขาซ้ายเกรด 3 NIHSS 7 BW 55.4 kgs. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที เต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 167/107 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม

วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วยและขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count พบ WBC count 4.29 x 10^3 /ul, Neutrophils 53.8%, Lymphocytes 40.3%, RBC count 4.2310^6 /ul, Hematocrit 36.8%, Hemoglobin 12.7%, Platelets count 281x10^3 /ul, PT 10.20 sec, PTT 25.20 sec, INR 0.93, BUN 16 mg/dl, Cr 1.0 mg/dl, Blood sugar 169 mg/dl, Sodium 140 mmol/L, Potassium 3.5 mmol/L, Chloride 105 mmol/L, Carbondioxide 28 mmol/L

ผลการตรวจพิเศษ

CT brain พบ Moderate brain atrophy, No demonstrable intracranial hemorrhage.

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

รับใหม่ วันที่ 13 ธันวาคม 2561 ด้วยอาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล Admit stroke unit หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE,มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด

แขนข้างขวาเกรด 5 แขนขาซ้ายเกรด 3 NIHSS 7 BW 55.4 kgs. CT brain พบ Moderate brain atrophy, No demonstrable intracranial hemorrhage. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute ischemic stroke with Stroke fast track มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาทุกข้อ และไม่พบข้อห้ามในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) พร้อมการลงนามยินยอมของสามีและบุตรของผู้ป่วย แพทย์จึงรักษายาละลายลิ่มเลือด (rtPA) 49.9 mg โดยแบ่งยา 4.9 mg vein bolus in 1 minute then 45 ,g vien drip in 60 minute ผ่าน infusion pump หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด ครบ 24 ชั่วโมง ส่ง CT brain ซ้ำ พบ Hypodense lesion involed right parietooccipital lobe, possibly acute infarction of right PCA territory.
หลังจากได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 6 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้านได้

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับอาการไม่พึงประสงค์ของการได้ยาละลายลิ่มเลือด
ข้อมูลสนับสนุน **S : ผู้ป่วยบอก “ปวดหัวมาก มึนหัว”**
O: ได้รับยา rt-PA ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PT 10.20 sec, PTT 25.20 sec, INR 0.93
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ของยาละลายลิ่มเลือด
เกณฑ์การประเมินผล ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติในร่างกาย เช่น สมอง ทางเดินอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ, อาการทางระบบประสาท และ NIHSS [9]

• ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง • ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง • ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกควบคุม ความดันโลหิตผู้ป่วย ≤ 180/105 mmHg และ GCS ไม่ drop ≥ 2 คะแนน

• และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว

2. นอนศีรษะสูง 15 – 30 องศาคอตรงไม่พับ เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

3. พักผ่อนบนเตียง 24 ชั่วโมง เพื่อลดการเผาพลาญพลังงานของร่างกาย

4. งดน้ำและอาหาร 24 ชั่วโมง

5. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ทุก 4 ชั่วโมง ให้อยู่ช่วง 80 – 180 mg% เพราะจะไปทำลายสมองทำให้บริเวณสมองมีเนื้อตายเพิ่มขึ้น และให้สารน้ำ 0.9% Nacl 1,000 ml IV drip โดยผ่านเครื่องควบคุมการไหล

6. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และ monitor EKG 24 ชั่วโมง ติดตามหัวใจเต้นผิดผิดปกติ

7. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก และปริมาณของน้ำปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง ประเมินภาวะ dehydration

8. เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เลือดออกระหว่าง หรือหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดใน 24 ชั่วโมง เช่น เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ มีจ้ำเลือดบริเวณที่แทงน้ำเกลือ รอยจ้ำเลือด สีของอาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น

9. ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะ หลัง 24 ชั่วโมง ระมัดระวังภาวะเลือดออก

10.ให้ยาลดกรด Omeprazole 40 mg vien stat เพื่อป้องกันเลือดออกทางเดินอาหาร

การประเมินผล

เมื่อผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดผ่านไปชั่วโมงที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE,มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ตอบคำถามเรื่องเดือนไม่ถูก แขนข้างขวาเกรด 5 แขนขาซ้ายเกรด 5 NIHSS 3 และเมื่อครบ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE, มีมุมปากซ้ายตก พูดไม่ชัด แขนข้างขวาเกรด 5 แขนขาซ้ายเกรด 5 NIHSS 2 ไม่มีภาวะเลือดออกที่ผิดปกติ (13 ธ.ค.61)

ปัญหาที่ 2 เสี่ย**งต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองด้านขวาตีบและภาวะความดันโลหิตสูง**

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอก “ปวดหัวมาก ไม่มีอาเจียน”

O : แรกรับก่อนได้ยา rt-PA เวลา 13.30 น. ความดันโลหิต 181/99 mmHg เริ่มให้ยาเวลา 13.10 น. หลังได้รับยา เวลา14.00 น. ความดันโลหิตเริ่มขึ้นเป็น 194/97 mmHg วัดซ้ำ 188/103 mmHg มีระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow Coma scale จาก E4V5M6 ลดลงเป็น E3V5M6 pupil 2 mmRTLBE แขน 2 ข้าง เกรด 5 ขา 2 ข้างอ่อนแรง เกรด 4

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการทั่วไปปกติ ไม่มีอากการปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีอาการชัก เกร็ง กระตุก Pupil ไม่เท่ากัน คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง BP >220/120 **mmHg** ชีพจรเร็ว >120 /min

เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 GCS Score ไม่ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ลำคอและสะโพก ไม่พับงอมากกว่า 90 องศา

2. ตรวจวัดและบันทึกอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง ถ้า coma scale ลดลง≥ 2 รายงานแพทย์

3. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 2-4 ชั่วโมง ลงในแบบบันทึก Care map ถ้าพบ SBP > 220, < 90 mmHg และ DBP > 120, < 60 mmHg รีบรายงานแพทย์

4. ตรวจเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ถ้าพบ O_2 sat < 90 % หรือมีภาวะ cyanosis รายงานแพทย์ทราบ

5. สังเกตอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว รูม่านตาไม่เท่ากัน เกร็ง แขน-ขา อ่อนแรงลดลงจากเดิม และลักษณะอาการหายใจผิดปกติ รีบรายงานแพทย์

6. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับน้ำและยา ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระปกติ ให้ยาระบาย MOM 30 ml ทางปาก
8. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ดูแลให้ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงในช่วงเฝ้าระวังอาการภายใน 24 ชั่วโมงแรก

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE,มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนข้างขวาเกรด 5 แขนขาซ้ายเกรด5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0- 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-90 ครั้งต่อนาที เต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 16- 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต SBP 160-188 มิลลิเมตรปรอท DBP 75-99 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการอาเจียน (15-17 ธ.ค.61)

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะสูดสำลัก เนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนันสนุน **S : ผู้ป่วยบอก “เจ็บคอกลืนน้ำลาย ไม่ค่อยลง”**

O: ผู้ป่วยมีมุมปากข้างซ้ายตก อาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด บางครั้งมีไอหลังทานอาหาร

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะสำลักปอดอักเสบติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะปอดอักเสบ ไม่มีไข้ หายใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบรีเฟลกซ์ขย้อน ความสามารถในการกลืน กลืนได้ ให้อาหารทางปากที่มีความหนืดข้น ได้แก่ ซีรีแล็ค, โจ๊กข้น โดยจัดท่านั่งในการรับประทานอาหาร
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำใน ระยะ 24 ชั่วโมง ควบคุมจำนวนหยดที่ให้ ผ่านเครื่องควบคุมป้องกันภาวะการได้รับน้ำเกิน
3. ทำความสะอาดปากและฟันก่อนและหลังให้อาหารทุกครั้ง
4. ชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ และติดตามผลการตรวจอัลบูมินในเลือด ประเมินการขาดอาหาร

การประเมินผล ผู้ป่วยรับประทานอาหารธรรมดาได้ไม่สำลัก ระหว่างนอนโรงพยาบาลไม่มีอาการไอ ไม่มีไข้ หายใจปกติ (15 ธ.ค.61)

ปัญหาที่ 4 มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร

ข้อมูลสนันสนุน **S : ผู้ป่วยญาติบอก “ฟังไม่ค่อยชัด ต้องตั้งใจฟังเขาพูดถึงจะรู้เลือก”**

O: ผู้ป่วยมีลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด มุมปากตก

วัตถุประสงค์ เพื่อสามารถตอบสนองการสื่อสารได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้เพิ่มขึ้น ใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการพูด ใช้สัญลักษณ์ของภาษาในรูปต่างๆ ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้ หรือไม่ชัด ส่งพบนักวจีบำบัด หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 24 ชั่วโมง
2. พยาบาลประสาน ส่งฝึกจากนักวจีบำบัด และพยาบาลจะฝึกต่อเนื่องจากนักวจีบำบัด ทุกวัน วันละ 6 รอบ กว่าที่ผู้ป่วยจะพูดได้อาจใช้เวลานานถึง 3-4 เดือน

3. พยาบาลให้อธิบายถึงขั้นตอนการฝึกการพูด การใช้กล้ามเนื้อหน้าและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม

การประเมินผล ผู้ป่วยสื่อสารโดยการพูด ฟังเข้าใจ (15 ธ.ค.61)

ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้

ข้อมูลสนันสนุน

S : ผู้ป่วยบอก “แล้วถ้าฉันกลับไปบ้านจะมีวิธีป้องกันไม่ให้กลับมาเป็นแบบนี้อีกยังไงดี”

O : ผู้ป่วยมีประวัติเส้นเลือดสมองตีบ ได้รับยา rt-PA , มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าสามารถดูแลตนเองไม่เกิดโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล สามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค โดยการซักถาม ทบทวนการปฏิบัติตัวที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 แนะนำอาหารที่เหมาะสมหลีกเลี่ยงรับประทานไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ของทอด หลีกเลี่ยง อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

1.2 รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ญาติช่วยตรวจสอบความถูกต้อง

1.3 เน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้รับการประเมินผลหลังการรักษา และนัดพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในวันเดียวกัน

2. พยาบาลประสานงานส่งต่อข้อมูล HHC โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีงานจะส่งข้อมูลผู้ป่วยย้อนกลับ มายังหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้องได้ (15 ธ.ค.61)

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. การดูแล โดยใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยเริ่มการประเมินและให้ยาโดยพยาบาลประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง 4 เดือน ทำให้ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วภายในเวลา 1.30 ชั่วโมง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของยาสามารถเปิดหลอดเลือดได้ ผู้ป่วยไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง จึงควรให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

2. พยาบาลให้ความรู้ประชาชนและรณรงค์ในเรื่อง Stroke alert และ Stroke awareness โดยผ่าน ทีม อสม ทำให้ประชาชนรับทราบข้อมูล เข้าถึงระบบการรักษาหลังเกิดอาการเพียง 30 นาที

3. จัดการให้มี Care manager และเป็น Risk register โดย สร้างฐานข้อมูล เฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลใช้ในการพัฒนางาน

สรุป

จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองตีบ อันนำไปสู่การขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับรู้สติปัญญา การพูดการสื่อสาร และการกลืนลำบาก การได้รับการรักษาโดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดจึงมีความสำคัญในการช่วยลดความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันเวลา ดั้งนั้นกระบวนการที่สำคัญจึงประกอบด้วยการให้ข้อมูลความรู้เรื่องอาการโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนเพื่อให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลัน และ การใช้แนวปฏิบัติในการดูแลโดยพยาบาลที่มีความรู้และความชำนาญ จึงจะช่วยให้เปิดหลอดเลือดได้สำเร็จ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดตามมาได้ นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพพยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้ลดการพึ่งพา มีคุณภาพชีวิตที่ดี : กรณีศึกษาฉบับนี้ จึงนับว่าสำคัญมากในการเรียนรู้กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. American stroke Association. “. Learn about stroke2008.” [Internet].[cited 19 May 2019]. available form: URL://www. strokeassociation.org/Presenter.jhtml.
2. นลินี พสุคันธภัค สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. “แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป สถาบันประสาทวิทยา.” กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2559.
3. กิ่งแก้ว ปาจรีย์. “การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ.” กรุงเทพฯ: บริษัท แอล. ที.เพรส, 2557.
4. เสาวลักษณ์ กองนิล. “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ.”วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน. กรุงเทพฯ: 2557;4(1): 90-97.
5. Hacke, W., Kaste , M., Skyhoj Olsen, T., Hacke, W., Orgogozo, J.M. For the EUSI Executive Committee.“*Acute treatment of ischemic stroke*.” Cerebrovasc.2000;10 (3): 22-33.
6. Hickey, J.A. “*The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*.” 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:164-165.
7. World Health Organization. “. World stroke Campaign.2015.” [Internet].[cited 18 May 2019]. available form:htt://www. World-strokeassociation.org/advocacy/world-stroke-campaiggn.
8. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. “รายงานสถิติประจำปี2558-2561.” เอกสารอัดสำเนา.
9. ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. “Ambulatory Neurology.” กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558.