

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและการสวนหลอดเลือดสมอง เพื่อเอาลิ่มเลือดออก: กรณีศึกษา

นนทิวัชร สิริวิวัฒน์วงศ์, พย.บ.

Received: 5 ต.ค.65

Revised: 11 ธ.ค.65

Accepted: 15 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมอง เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง ที่ทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง การทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกภายในเวลา 6 ชั่วโมง และการทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมใน 48 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายและความพิการได้ บทความนี้เป็นนำเสนอกรณีศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บาดเจ็บที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1 ราย ระยะเวลา 22 วัน จากแบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การโทรเยี่ยมติดตามอาการ

ผลการศึกษา : ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเป็นโรคไขมันในหลอดเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก หลังจากการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและช่วยเหลือตัวเองได้แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 11 วัน

สรุป: จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยา ได้รับยา Thrombolytic และการทำหัตถการ Mechanical Thrombectomy หลังการรักษาผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น เข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัด ทีมแพทย์จึงวางแผนจำหน่ายและนัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์ ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 3mm. RTLBE Motor power แขนขวาเกรด 4, ขาขวาเกรด 5, แขนซ้ายเกรด 5 Barthel Index of ADL (activity of daily living) = 75 คะแนน, Modified Rankin scale = 2 คะแนน การศึกษานี้จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ยาละลายลิ่มเลือด, การสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก, โรคหลอดเลือดสมอง

Nursing Care of Cerebrovascular Accident with Thrombolytic Drug and Mechanical Thrombectomy: A Case Study

Nontiwat Sittivivatwong, B.N.S

Abstract

Introduction: A cerebrovascular disease is a disorder of the nervous and cerebrovascular system which can cause some parts of the whole brain to malfunction leading to disability or death. Therefore, urgent care is needed, by giving thrombolytic drugs within 4.5 hours, giving aspirin within 48 hours, performing the mechanical thrombectomy intervention within 6 hours, and reducing intracranial pressure by the craniotomy operation within 48 hours which can reduce mortality and disability rates. This article presents a case study which aimed to investigate nursing care for ischemic stroke patients who received thrombolytic drugs and underwent a cerebrovascular catheterization to remove blood clots.

Methods: This study investigated a patient admitted to the stroke ward of Rajavithi Hospital for 22 days. Data were obtained from inpatient medical records, interviews with the patient and relatives, and follow-up calls.

Results: The result showed that the patient had a history of dyslipidemia and hypertension as the main causes of stroke. The patient was treated by thrombolytic anticoagulants together with mechanical thrombectomy to remove blood clots. After the patient's was able to help himself, the doctors allowed him to return home. The length of stay in the hospital was 11 days.

Conclusion: According to the study, the patient was treated with medicated with thrombolytic drugs and underwent mechanical thrombectomy. After the treatment, beginning to recover, the patient participated in the rehabilitation program supervised by physiotherapists. A 1-week follow-up was planned, and the patient was allowed to return home. The patient got better: E4V5M6 pupil 3mm, RTLBE Motor power Grade 4 right arm, Grade 5 right leg, Grade 5 left limb, Barthel Index of ADL (activity of daily living) of 75 points, and Modified Rankin Scale of 2 points. The results from the case study would be beneficial as it could be a guideline for the nursing care for stroke patients receiving thrombolytic drugs and undergoing cerebrovascular catheterization to effectively remove blood clots

Keywords: Thrombolytic, Mechanical Thrombectomy, Cerebrovascular Diseases

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke)^{2,3,4} เป็นภาวะที่มีความผิดปกติทาง ระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำหน้าที่ผิดปกติ ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต⁹ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะช่วงแรกอย่างถูกต้องทันที่และมีประสิทธิภาพจากทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะทางและมีทักษะในการประเมิน วินิจฉัยปัญหา ให้การดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติที่สุด ในปัจจุบันมีแนวทางและเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ^{3,4,6,7,8} ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง การทำหัตถการการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก^{2,3,4,6,7,8} ภายในเวลา 6 ชั่วโมง และการทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมใน 48 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายและความพิการได้⁷ จากการรักษาและการพยาบาลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และการทำหัตถการ การสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และการทำหัตถการการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษา โดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1 ราย ระยะเวลา 22 วัน (29 มีนาคม – 19 เมษายน 2565) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติจากการสังเกต

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้ายจบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานครรู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารได้ปกติ

อาการสำคัญ

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการซึมลง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลญาติพบขณะผู้ป่วยเดินออกจากห้องน้ำมีอาการซึมลงไม่ลืมตา แขน ขาข้างขวาอ่อนแรง ไม่ทำตามสั่งญาติจึงโทรเรียกรถฉุกเฉินโรงพยาบาลราชวิถี นำส่งโรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในหลอดเลือด เข้ารับการรักษาที่ รพ. รามาธิบดีเป็นระยะเวลา 8 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ธันวาคม 2557 ผู้ป่วยตรวจสุขภาพที่ รพ. รามาธิบดีพบว่า มี DLP, HT และได้ติดตามรับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ. รามาธิบดี

มีประวัติเป็น Old CVD 2 ครั้ง เข้ารับการรักษาที่ รพ.รามาธิบดี ครั้งที่ 1 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ปี 2563

มกราคม 2558 ผู้ป่วยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ญาตินำส่งรพ.รามาธิบดี CT brain: Right corona radiate infraction (อ่อนแรงแขนขาซ้าย Grade 4) การสื่อสารสามารถพูดโต้ตอบได้ชัดเจน ตรงประเด็นดี ไม่มีปากเบี้ยว On ASA (300mg) 1x1 oral pc ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แขนขา 2 ข้าง Grade 5 ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ รวมนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจำนวน 5 วัน

พฤษภาคม 2563 มีแขนขาขวาอ่อนแรงเป็นประมาณ 10 นาที แล้วหายเป็นปกติญาตินำส่งรพ. รามาธิบดีแพทย์ตรวจและวินิจฉัยโรค TIA (Transient Ischemic attack) จึงส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติมโดยการส่งทำ CTA brain: Severe stenosis at Left carotid and proximal Left cervical ICA ตรวจ (Transcranial Doppler :TCD) & Carotid Duplex Ultrasounds : CDUSพบ 70% Severe stenosis at Left carotid and proximal Left cervical ICA จึงส่งปรึกษาแพทย์ประสาทศัลยศาสตร์เพื่อพิจารณารักษาทาง Vascular Surgery for Carotid endarterectomy (CEA) or Carotid artery stenting (CAS) ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาโดยการผ่าตัดเลือกการรักษาด้วยยา On Plavix (75mg) 1x1 oral pc และ ASA (81mg) 1x1 oral pc ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แขนขา 2 ข้าง Grade 5 ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ รวมนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรค CVD ครั้งที่ 2 จำนวน 5 วัน

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาของผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และปัจจุบันเสียชีวิตด้วยโรคชรา

มารดาผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคชรา (ไม่เคยตรวจสุขภาพ)

พี่ชายของผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary artery disease: CAD) ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว

Physical examination

อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส หายใจ 22 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 138 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 184/122 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ชายไทย รูปร่างสมส่วน สีผิวขาวเหลือง ผมตรงสีดำสลับขาว มีการกระจายของตัวของผมสม่ำเสมอ หนังศีรษะสะอาด ระดับความรู้สึกตัวดี GCS=E₄V₇M₆ ทำตามคำสั่งได้ Neuro signs Pupil 3 มิลลิเมตร RTLBE Motor power แขนซ้ายขวา grade 0, ขาขวา grade 3 ส่วนแขนขวาด้านซ้าย grade 5 ตอบสนองต่อการทำให้เจ็บแบบปกติไม่มี Rt. facial และ Global aphasia, NIHSS = 10 คะแนน Barthel Index = 30 คะแนน เดินเองไม่ได้ MODIFIED RANKIN SCALE เท่ากับ 2 คะแนน และผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจากห้องฉุกเฉิน

Head: Hair: color black and white, short hair, no hair loss

Scalp: normal shape, symmetry, no lesion

Face: Rt. Facial palsy, no mass, no lesion, no tenderness at both sinus area

Eye: normal external configuration, eyebrow and eye lash present bilaterally, move symmetry, conjunctiva clear no lesion not pale, sclera white, pupils 3 mm

react to light both eyes, Good visual acuity, visual field normal by confrontation, good eye movements, corners & lens clear

Cardiovascular: No cyanosis no barrel chest no jugular vein engorgement and no abnormal pulsation at jugular vein. Peripheral Pulse full regular rhythm, normal heart sounds (S1, S2), no murmur

Lung: Normal breath sound. Lung clear no crepitation, no rhonchi and wheezing both lung.

Abdomen: Abdomen symmetric bilaterally, no lesions, no spider nevi, no peristalsis and abnormal pulsation, bowel sounds 10/min. Abdomen soft no tenderness no guarding, no mass

Neuro: Alert รู้สึกรู้สิดี ระดับ E₄V₄M₆pupil 3 mm. RTLBE Motor power แขนข้างขวา grade 0, ขาขวา grade 3 ส่วนแขนขาซ้าย grade 5 ตอบสนองต่อการทำให้เจ็บแบบปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete Blood Count: WBC $12.70 \times 10^3/\mu\text{L}$ ซึ่ง มีสูงกว่าปกติ แสดงถึงมีการติดเชื้อในร่างกาย ผลตรวจอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

Coagulopathy: Pro thrombin time 12.4 sec PTT 24.1 sec INR 1.08 ผลปกติ

Electrolyte: Potassium 3.11 mEq/L ต้องทำให้เกิดอาการ อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ผลตรวจอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

Urine Examination: Red blood cell 50-100 cell/HD, White blood cell 5-10 cell/HD ผลตรวจอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจเฉพาะโรคอื่นๆ

1. การตรวจ Chest X-ray ผล: Normal, Lung Clear (29/3/65)

2. CTA Brain ผล: Acute left MCA territorial infraction (ASPECT 9/10 and CTA ASPECT 7/10) due to occlusion at distal M1 segment of the left MCA with good collaterals Slow flow of left ICA (29/3/65)

3. CT-brain post rt-PA with Thrombectomy 24 hrs. Newly seen 6mm. acute subdural hematoma along the left parieto-occipital convexity, bilateral tentorium cerebelli and posterior falx. (30/3/65)

4. การตรวจ ECG ผล: Atrial fibrillation with History Stroke, non Valvular Plan (29/3/65)

5. Echocardiogram ผล : Good LV systolic contraction EF 66%, no RWMA. Eccentric LV hypertrophy. LA and LV chamber enlargement. Trivial MR. (7/4/65)

6. TCD ผล: mid stenosis of both MAC, both ACA and Rt. PCA. CDUS ผล : >70% luminal diameter stenosis with large hypoechoic plaque and residual lumen 1.5 mm., 2.25 cm in length since Lt. BIF up to Lt. mid ICA >50% stenosis by luminal diameter with moderate hypoechoic plaque and residual lumen 2.8 mm. minimal plaque at both CCA and both ECA. Moderate hypoechoic plaque at both BIF without causing significant stenosis flow. (7/4/65)

7. MRI & MRA brain ผล : Focal moderate stenosis at left proximal ICA, about 56% stenosis according to NASCET criteria. No change of focal mild stenosis at

the right proximal ICA, about 33% stenosis according to NASCET criteria. (19/4/65)

33% stenosis according to NASCET criteria. (19/4/65)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1

มีโอกาสเกิดภาวะระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง จากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ส ญ ฎ ฌ ซี พ BP 140/80-160/100 mmHg. Pulse rate 80-90 ครั้ง/นาที R 18-22 ครั้ง/นาที

2. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3. รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง Coma scale E4VTM6 Pupil 3 mm. React to light เท่ากัน ทั้งสองข้าง

4. Motor power แขนขวาเกรด 2 แขนซ้าย เกรด 5 ขาขวาเกรด 4 ขาซ้ายเกรด 5

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาทินาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา rt-PA if N/S decrease >2 แจ้งแพทย์ทราบ

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง แล ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา rt-PA ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 220/120 มิลลิเมตรปรอท

3. ดูแลให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแล ศีรษะ ลำคอ และสะโพก ไม่พับงอมากกว่า

90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก ห้ามจัด ท่านอนคว่ำ หรือนอนศีรษะต่ำ

5. สังเกตอาการของภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน พุง ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 20% และความดันชีพจรกว้างขึ้น (Pulse pressure 50-60 mmHg) รูปแบบการหายใจปกติ ลักษณะ Cheyne Stroke, Hyperventilation เป็นต้น

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติบริเวณขาหนีบข้างขวา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วย Good conscious เรียกตื่นลืมตา ทำตามคำบอกซ้ำ ๆ GCS E4VTM6 Pupil 3 mm RTLBE Motor power แขนขวาเกรด 2 ขาขวาเกรด 4 แขนซ้ายเกรด 5 NIHSS 10 คะแนน

2. On Endotracheal tube ไม่เหนื่อย ส ญ ฎ ฌ ซี พ BP 140/80-160/100 mmHg. Pulse rate 80-90 ครั้ง/นาที RR 18-22 ครั้ง/นาที ไม่มีเลือดออกผิดปกติบริเวณขาหนีบและบริเวณอื่น

3. ไม่มีอาการปลายเท้าชา เย็น ชีต ปลายชาคล้ำ คล้ำชีพจรบริเวณหลังเท้าข้างขวาได้ชัดเจนดี

4. ดิ ด ต าม ผล Fibrinogen level 156 mg/dl และ Platelet 202000/uL ปัสสาวะไม่มีสีแดงจาง ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เลือดออกตามไรฟัน จำเลือดตามตัว

อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 นาที จนกว่าจะอาการจะ Stable

2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบห้ามงอขาข้างขวานาน 6 ชั่วโมง เอาหมอนทรายทับบริเวณขาหนีบข้างขวานาน 6 ชั่วโมง

4. สังเกตอาการเลือดออกผิดปกติที่บริเวณขาหนีบข้างขวาทุก 30 นาที ถ้ามีอาการเลือดซึมออกมาให้รีบรายงานแพทย์ทันทีและคลำชีพจรที่หลังเท้าข้างขวาทุก 30 นาที ถ้าคลำชีพจรไม่ได้ให้รีบรายงานแพทย์

5. สังเกตอาการปลายเท้าชา เย็น ชีต ขยับขาขวาไม่ได้ ปลายชาคลำมวงให้รีบรายงานแพทย์ทันที อาจเกิดภาวะการอุดตันที่เส้นเลือดได้

6. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจโล่งดี มีเสมหะเล็กน้อย

2. สัญญาณชีพปกติ BT=36.5-37.5 °C, PR=80-100 ครั้ง/นาที, RR = 18-22 ครั้ง/นาที, BP = 140/80-160/90 mmHg. ออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 99-100 % ไม่มีภาวะปลายมือปลายเท้าเขียว ชีต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube ให้คงอยู่ โดยการผูกท่อด้วยเทปผ้าหรือติดพลาสติกไว้ ตลอดจนการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าจำเป็นอาจต้องพิจารณาผูกข้อมือผู้ป่วยไว้

2. ประเมินสภาพการหายใจทุก 4 ชั่วโมง เช่น การฟังเสียงการหายใจ สังเกตการขยายของ

ทรวงอก สังเกตความสามารถในการหายใจเองของผู้ป่วย สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน

3. ดูแลเสมหะทุกครั้งที่ได้ยินเสียงเสมหะ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ในการดูดเสมหะ จะต้องเพิ่มออกซิเจนก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้ง

4. สังเกตการทำงานของ ventilator เช่น VT FiO₂ อัตราการหายใจ mode ของ ventilation การใช้ PEEP CPAP หรือ PSV peak inspiration pressure และตั้งสัญญาณเตือน

5. วัดความดันของกระเปาะ (cuff) Endotracheal tube หรือท่อเจาะคอ โดยจะต้องใส่ลมในกระเปาะ (inflate cuff) ในอัตราที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการรั่วของอากาศรอบๆกระเปาะ

6. สังเกตภาวะการผันแปรของออกซิเจน และเครื่องช่วยหายใจ เช่น pulse oximetry, ABG

7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอด เพื่อติดตามการบวมของปอด หรือตำแหน่งของท่อหายใจ

8. กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง จัดให้อนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี

9. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังให้การพยาบาล

10. แยกของใช้ เช่น Ambu bag, ขวดน้ำ เครื่องดูดเสมหะ ในผู้ป่วยแต่ละคน

11. ทำความสะอาดปากฟันทุก 4 ชั่วโมง

12. ดูดเสมหะในปากก่อนดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอ

13. สังเกตลักษณะ จำนวน สีและกลิ่นของเสมหะ

14. ติดตามผลการเพาะเชื้อ และการย้อมสีเสมหะ

15. ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm. vein OD, Meropenam 2 gm. vein drip in 3 hr. Stat then 1 gm. vein

drip in 3 hr. q 8 hr., Levofloxacin 750 mg. vein OD และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา

16. สังเกตภาวะแทรกซ้อนของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ฟังเสียงหายใจไม่ได้ยิน หลอดลมเอียงไปด้านข้าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยลืมนวดเองได้ทำตามบอกได้ถูกต้อง ขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ (E4VTM6)

2. V/S BT=36.5-37.5 °C, PR=80-100 ครั้ง/นาที, RR = 18-22 ครั้ง/นาที BP = 140/80-160/90 mmHg. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเท่ากับ 99-100 % ไม่มีอาการตาพร่ามัวหรือคลื่นไส้อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอและป้องกันการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2. ดูแลเสมหะในท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ ทุก 2 ชั่วโมงหรือเวลาที่มีเสมหะเพราะการดูแลเสมหะบ่อยเกินไปทำให้ออกซิเจนต่ำกว่าปกติ

3. ดูแลเสมหะในท่อหลอดลมคอด้วยความนุ่มนวล เพื่อลดการกระตุ้นหลอดลม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไออย่างแรงเป็นการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะได้

4. วัด BP ทุก 1 ชั่วโมง เพราะเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

5. ประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการ

ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อยพุทไม่ซัด พุดไม่ซัด แขนขาอ่อนแรง เพราะอาการเหล่านี้คืออาการที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดสมองตีบแตก ไรต์ไต จอตาบวมและมีเลือดออกทำให้ตาบอดได้

6. ดูแลให้ได้รับยา On Nicardipine 1:5 v drip 7-11 ml/hr. (วันที่ 29 มี.ค.2565-30 มี.ค. 2565) Amlodipine 5 mg 1 tab Oral OD pc (2 เม.ย. 2565- 8 เม.ย. 2565) ตามแผนการรักษา เพราะยา Nicardipine, Amlodipine เป็นยาที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลง

7. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเปลี่ยนท่าเพราะการเปลี่ยนท่าเร็ว อาจทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงและเกิดอุบัติเหตุได้

8. จัดท่านอนปรับระดับหัวเตียงให้ศีรษะผู้ป่วยสูง 15-30 องศา เพื่อช่วยให้เลือดดำจากศีรษะไหลกลับสู่หัวใจได้ดี ไม่เกิดการคั่งของเลือดในสมอง แต่ไม่ควรเกิน 30 องศา เพราะอาจจะทำให้เลือดแดงไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่ดีเท่าที่ควรเช่นกัน

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในปริมาณที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

10. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5

มีภาวะปอดอักเสบ

การประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ V/S BT=36.5-37.5 °C, PR=80-100 ครั้ง/นาที, RR = 18-22 ครั้ง/นาที BP = 140/80-160/90 mmHg. ออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 99-100 %

2. ผล Lab CBC (WBC12,600) (1 เม.ย. 2565)

3. เสมหะน้อยลง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. On NG-tube feeding ตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ขณะ feed อาหาร และหลัง feed อาหาร 15-30 นาที

3. สังเกตอาการสำลักอาหารหลังทำการ Feed ทุกครั้ง

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

5. ให้อาา Antibiotic ตามแผนการรักษา

- Ceftriaxone 2 gm. vein OD

- Meropenam 2 gm. vein drip

in 3 hr. Stat then 1gm. drip in 3 hr. q 8 hr.

- Levofloxacin 750 mg vein OD

6. ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Aseptic technique

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเมื่อผ่านระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1

เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จากภาวะเลือดออกง่าย หยุดยาก

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย

2. ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ตอบคำถามได้ถึงอันตรายและอาการที่ต้องเฝ้าระวังและแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง หากพบอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2 คะแนน motor power ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ทันที

2. สังเกตจุดเลือดออกตามร่างกายและอวัยวะต่างๆ เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด อาการปวดศีรษะ ชีพจร เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง

3. จัดท่านอนให้นอนราบบนเตียง ติดตามอาการใกล้ขีด ระวังระดับสติปัญญาผิดปกติเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงซีกขวา

4. ประสานเภสัชกร ในการออกตรวจเยี่ยมที่หอผู้ป่วย ประเมินและให้คำแนะนำในการใช้ยา warfarin แก่ผู้ป่วย และญาติ

5. พยาบาลสอนแนะนำผู้ป่วยและญาติ เน้นย้ำให้ ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างการให้ยา และอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น จุดจ้ำเลือด ตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด ป้องกันการหกล้ม เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2

มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อ แขน-ขา ขวาอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกแขนขาได้เอง

การประเมินผลการพยาบาล

1. แขนขวา motor power grade 4 ขาขวา motor power grade 5 ส่วนด้านซ้ายแขนขา motor power grade 5 (8 เม.ย.2565)

2. ผู้ป่วยไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่เกิดข้อติด

3. ผู้ป่วยและญาติสามารถทำ passive exercise ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมิน motor power

2. สอนผู้ป่วยทำ passive exercise โดย

1) ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือ ขวามือขึ้นลง ครั้งละ 20 ครั้ง ทำ เช้า-เย็น

2) ให้ผู้ป่วยใช้เท้าข้างซ้ายยกเท้า ขวามือขึ้น ทำ 20 ครั้ง ทำ เช้า-เย็น

3) ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือ ขวามือขึ้นลง 20 ครั้ง ทำ เช้า-เย็น

3. สอนญาติในการทำ passive exercise โดย

1) ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลงและงอแขนเข้าออกทำสลับกัน 20 ครั้ง ทำ เช้า-เย็น ทุกวัน

2) ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอขาเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ

3) พยุงผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ

4) ช่วยกระตุ้นทำกิจกรรมต่าง ๆ

5) ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรง ป้อนดินน้ำมันหรือบีบลูกโป่งที่ใส่น้ำเพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมือ

4. ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

5. ประเมินการทำ passive exercise ของผู้ป่วยและญาติว่าทำถูกต้องหรือไม่ ร่วมกับการประเมินโดยนักกายภาพบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3

มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น คะแนน barthel Index ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 35 คะแนน

2. เจ้าหน้าที่และญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL Index

2. แนะนำผู้ป่วยและสอนญาติดูแลในด้าน การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหวการ ลุกนั่ง และการเสริมสร้างทักษะและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

3. ดูแลแบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วยสอนวิธีการควบคุมการขับถ่ายทั้งถ่ายปัสสาวะและ อุจจาระแนะนำญาติให้ดูแลความสะอาด ความสุขสบายหลังผู้ป่วยขับถ่าย ควรจัดหากระโถนไว้ใกล้ผู้ป่วย

4. ดูแลแบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วย แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอแนะนำให้จัดหาที่นอนที่นุ่มและจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยนอนในที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

5. ดูแลแบบแผนการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพูดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ ญาติได้คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการ กลืนอ่อนแรงและ reflex การกลืนลดลง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วย feed BD รับประทานได้ทุกมื้อ ไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน

2. น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัมเท่ากับน้ำหนัก เดิมก่อนที่จะมา นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ญาติสามารถให้อาหารทางสายยางได้ ถูกต้อง

4. ผล lab albumin 3.5 g/dl (ปกติ 3.5- 5.2) วันที่ 1 เม.ย. 2565 และ Electrolyte Sodium 139 mmol /L Potassium 3.75 mmol /L วันที่ 1 เม.ย. 2565 อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติการดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหลังอาหารและก่อนนอน หรือให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเพื่อป้องกันปากเป็นแผลและเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร

2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสมตามแนวการรักษา

3. แนะนำและสาธิตญาติในการให้อาหารเหลวและน้ำทางสายยางสู่กระเพาะอาหารอย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษา

4. แนะนำญาติของผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกรับประทานอาหารได้ตามชอบ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษา

5. เพื่อป้องกันการดิ่งสายยางให้อาหาร

การพยาบาลระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

เสี่ยงต่อภาวะ recurrent stroke

การประเมินผลการพยาบาล

1.ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15 คะแนน ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่คลื่นไส้อาเจียน V/S ปกติ BP 140/80 mmHg HR 86 /min (7 เม.ย.2565 เวลา 10.00น.) Motor power แขนขวาเกรด 4 ขาขวาเกรด 5 แขนซ้ายเกรด 5

2.ญาติและผู้ป่วยรับทราบเข้าใจ ญาติ (บุตรสาว) สามารถบอกการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด recurrent stroke ได้ เช่น ต้องพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ต้องดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่หยุดยาเอง และบอกอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ถ้า GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับรายงานแพทย์ทราบ

2. ตรวจเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากพบสัญญาณชีพผิดปกติดังนี้ ระดับความดันโลหิต SBP >185-220 mmHg, DBP >120-140 mmHg รายงานแพทย์ทราบ

3. รับประทานอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถก่อให้เกิดภาวะโรคเลือดสมองกลับมาเป็นซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ

4. รับประทานยาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

5. พักผ่อนอย่างเพียงพอ หาวิธีการผ่อนคลายความเครียดทำสมาธิ หรือสิ่งที่ชอบและเหมาะสมที่สามารถทำได้

6. การออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise อย่างเหมาะสม สม่ำเสมอ

7. แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หากมีปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชักเกร็ง แขนขาอ่อนแรงลงจากเดิม และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ให้ผู้ดูแลแจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อจะได้รายงานแพทย์และวางแผนรักษาต่อไป

8. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค STROKE และข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับญาติและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค

การประเมินผลการพยาบาล

1. จากการให้คำแนะนำและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วม พบว่าผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง ยิ้มแย้มพูดคุยดี โดยเฉพาะผู้ป่วยเวลาบุตรสาวให้การดูแลจะยิ้ม อารมณ์ดี ไม่ค่อยหงุดหงิด ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดี

2. บุตรสาวเริ่มมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เช่น การช่วยผู้ป่วยรับประทาน อาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร

2. ประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง

3. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด และอธิบายการดำเนินไปของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันประเมินหรือคาดการณ์ผลลัพธ์ของการรักษา และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านตามทฤษฎีของรอย

4. วางแผนการพยาบาลเพื่อประคับประคองผู้ป่วยอธิบายและตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล

5. ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดและควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์

6. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังดนตรีทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้า-ออก ฟังธรรมะเพื่อให้สบายใจ

7. แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจบ่อยๆ

การพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจตามหลัก D-METHOD

Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง

Medicine แนะนำการใช้ยา สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนจากยา warfarin (2mg) 1 เม็ด ก่อนนอน วันละ 1 ครั้ง ควรรับประทานหลังอาหารทันที เพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร หากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือดควรรีบพบ ทันที ยา Miracid (20) 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารซึ่งเป็นยาที่รับประทานเพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหารจากยา warfarin แนะนำบุตรสาวผู้ป่วยให้ย้าเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา ไม่ควรหยุดยาเองถึงแม้อาการจะดีขึ้นแล้ว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

Environment ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นทาวน์เฮ้าส์ 3 ชั้น ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้น 1 ของทาวน์เฮ้าส์ แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้

เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบป้องกันพลัดตกหกล้ม

Treatment ให้ญาติและผู้ป่วยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง

Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแนะนำให้ออกกำลังกายที่ไม่หักโหมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

Out patient ประเมินปัญหาการมาตรวจตามนัด แจ้งวันที่ให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง

Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ประเมินความสามารถในการเข้าถึงอาหาร ผู้ป่วยไปซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารเอง ส่วนมากจะประกอบอาหารรับประทานเอง แนะนำการปรุงอาหารไม่ควรปรุงอาหารรสเค็มจัด หลีกเลี่ยงการปรุงโดยใช้ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว น้ำมันหอย ผงชูรส เครื่องปรุงรสต่าง ๆ แนะนำการประกอบอาหารโดยการต้ม นึ่ง ตุ่น ย่าง แทนการทอดโดยใช้น้ำมัน

2. วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

3. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ขณะแนะนำผู้ป่วยพักหน้ารับทราบและบอกว่า “จะกินยาตามที่หมอสั่ง” ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและการดูแล ไม่มีปัญหาการมาตรวจ

ตามนัด พร้อมกับมีเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อต้องการซักถามหรือคำแนะนำ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานหรือมีระดับไขมันในเลือดสูงโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากปฏิบัติตัวโดยวิธีลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความพิการของร่างกายมากขึ้นและป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะพักรักษาสุขภาพอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงเฝ้าประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านอีกทั้งเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการดูแลอย่างครบวงจรจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

จากการศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 76 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีโรคประจำตัว HT, DLP มา 9 ปี Old CVD 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ปี 2563 รักษาตัวที่โรงพยาบาลรามธิบดี มีประวัติตีตมสุราวันละ 3-4 ขวด/สัปดาห์ สูบบุหรี่ 5-10 มวน/วัน นานกว่า 20 ปี ปัจจุบันเลิกบุหรี่และสุราประมาณ 4 ปี มาด้วยอาการซึมลง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง 3 ชั่วโมงก่อนมา รพ. แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่ไม่ทำตามบอก GCS E₃V₇M₅ รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง มีอาการแขนขาอ่อนแรงเกรด 0, ขาขวาเกรด 3, แขนขาซ้ายเกรด 5 On Endotracheal tube No.8 ลึก 21 เซนติเมตรต่อ Ventilator P-CMV Mode วัดสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 182/120 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว = 100% ประเมิน NIHSS = 10/42 คะแนน ได้รับการรักษาด้วยยา

ได้รับยา Thrombolytic และการทำหัตถการ Mechanical Thrombectomy ฉะนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้จะต้องมีความยุ่งยากซับซ้อนเพื่อให้การดูแลการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม จึงแบ่งการดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ระยะ^{3,4}

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น สามารถหายใจได้เองรับประทานอาหารได้เอง และพร้อมเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัด^{1,5} แพทย์จึงวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นจะต้อง ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว จัดหาผู้ดูแลหลัก สอนผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการดูแลสภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประสานเวชศาสตร์ฟื้นฟูสอนโปรแกรมการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับบ้าน แพทย์พิจารณาจำหน่ายและนัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์ อาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบตรงคำถาม E4V5M6 pupil 3mm. RTLBE Motor power แขนขวาเกรด 4, ขาขวาเกรด 5, แขนซ้ายเกรด 5 Barthel Index of ADL (activity of daily living) = 75 คะแนน, Modified Rankin scale = 2 คะแนน รวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 11 วัน

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันในกรณีศึกษาเกิดจากการไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารโดยเฉพาะประวัติการตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาซึ่งความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ ประวัติการดื่มสุรา ร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูงจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า

ระดับไขมัน LDL ที่สูงกว่าปกติ ไขมันสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือดทำให้เกิดขบวนการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองจากประวัติการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมี Atrial fibrillation หรือภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วทำให้ Emboli จากหัวใจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมารพ. ด้วยอาการซึมลงแขนขาข้างขวามืออ่อนแรง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการเป็นทันทีทันใดและมีความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ซึ่งทำให้นึกถึงสาเหตุจากระบบหลอดเลือดสมอง จึงสรุปได้ว่าสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยรายนี้เกิดจากกลไกของ Cardiac embolism การรักษา ใน ปัจจุบัน American Heart Association/American Stroke Association Guideline for The Early Management of Patient with Acute Ischemic stroke 2019¹⁰ แนะนำให้ ใช้ ยา rt-PA 0.9 mg/Kg/dose ในผู้ป่วย Acute Ischemic stroke ที่เริ่มมีอาการภายในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา และได้รับการรักษาด้วย ยา Recombinant tissue-type plasminogen activator (rt-PA)^{9,11} ยาจะไปสลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด (Embolic stroke)⁴ ยาในกลุ่ม Anticoagulant เช่น warfarin สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้โดยควบคุมระดับ INR ให้อยู่ระหว่าง 2-3 และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำไปปรับใช้กับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าถึงการบริการอย่างเท่าเทียม

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อกลับบ้าน

4. การศึกษากรณีศึกษาเพียง 1 ราย ไม่สามารถอนุมานได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผลดีกับผู้ป่วยทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจริย. (2557). การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : แอล.ที.เพรส..
2. เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. (2555). โรคหลอดเลือดสมอง Cerebrovascular diseases (พิมพ์ครั้งที่ 2).
3. ดวงพร คงเปี่ยม. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Nursing care of the ischemic stroke patients with thrombolysis. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 2 (ฉบับที่ 2), หน้า 51-53.
4. นิจศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา). (บรรณาธิการ). (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. พรพิมล มาศสกุลพรรณ. (บรรณาธิการ).(2559). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุงครั้งที่3. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563).คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์อัมพาต) สำหรับประชาชน.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ.
7. สุธาสินี มั่นจิราวัฒน์. (บรรณาธิการ). (2558). แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Best practice in stroke Management. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส
8. อรุณา ชูติเนตร และนิจศรี ชาญณรงค์. (2554). Thrombolytic therapy and thrombectomy ในศิษยา รัตนารและคณะ (บรรณาธิการ) Current

practical guide to stroke management.

กรุงเทพ ฯ: สมาคมโรคเลือดสมองไทย

9. World Health Organization. (2004). Definition of stroke. Retrieved fromสืบค้นเมื่อ 2เมษายน 2565 จาก <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/>
10. American Heart Association American Stroke Association. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018
11. Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals, Volume 50 (Issue 12). doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027708