

รายงานผู้ป่วย

Patient Report

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA : รายงานผู้ป่วย

The nursing care of elderly patients with ischemic stroke who have been treated with rt-PA thrombolytic therapy. : Case Report

บำรุงรัตน์ สร้อยจิตร พย.บ.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพสูง ส่งผลกระทบต่อระบบการสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจและชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน การประเมินอาการ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้องและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดการกลับเป็นซ้ำ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 72 ปี มาด้วยแขนขาอ่อนแรงขวา 5 ชั่วโมงก่อนมา เข้าถึง Stroke Fast Track ได้ยา rt-PA ได้รับการดูแลในระยะวิกฤติโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะการจำหน่าย แต่ผู้ป่วยรายนี้หลงเหลือความพิการมากและช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจึงจำเป็นต้องฝึกทักษะและสร้างความมั่นใจให้แก่ญาติและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรณีศึกษานี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอีก มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการรักษาและการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ความพยายามของผู้ป่วยและความเอาใจใส่ของผู้ดูแลหลัก คือการประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน มีการคืนข้อมูลมายังคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง การมาตรวจตามนัด พบว่า 2 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองอดทน คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 10 เป็น 16 ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้และมีแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคได้แก่การควบคุมปริมาณอาหาร การปรับเวลารับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงและงดของมัน การออกกำลังกาย

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง, ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

Abstract

Patients with acute stroke have high rates of mortality and disability, which significantly impact public health systems, society, the economy, and the quality of life of individuals. Prompt and accurate assessment of symptoms, rapid diagnosis, and effective treatment can help reduce mortality rates, complications, disabilities, and recurrence.

Study Results : A 72-year-old Thai female patient presented with right-sided weakness 5 hours prior to admission and accessed the Stroke Fast Track, receiving rt-PA. She was cared

for during the critical phase by an interdisciplinary team focused on monitoring for complications and providing continuous care until discharge. However, this patient was left with significant disabilities and limited self-care abilities, necessitating skill training and confidence-building for her family and primary caregivers to ensure effective home care. In this case study, no complications or recurrence of stroke occurred. Key factors for success included standardized treatment and nursing care, the patient's efforts, and the attentiveness of caregivers. Community resources were coordinated for home follow-up visits, and information was relayed back to the stroke clinic. Follow-up appointments showed that two months post-discharge, the patient demonstrated appropriate self-care behaviors related to her ischemic stroke. Her Activities of Daily Living (ADL) score improved from 10 to 16. The patient and her family engaged in learning and developed plans to modify risk factors, such as managing food intake, adjusting meal times, avoiding unhealthy foods, and exercising.

Keyword : Nursing, Elderly Stroke patients, Thrombolytic Therapy (rt-PA)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายสูงการดำเนินโรคเฉียบพลันผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย องค์การอนามัยโลก (world stroke organization : WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทั่วโลกพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 54.7 ล้านคนในปี ค.ศ.1990 เป็น 101.5 ล้านคน ในปี ค.ศ.2019 พบความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิตเนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้นและส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาได้มีการประมาณว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2535 และ 2563⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทยจากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของกองยุทธศาสตร์ และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2560-2564 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 41.73 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2560 เป็น 54.20 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2564

นอกจากนี้ข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ปี 2564-2566 ค่าใช้จ่ายโรคหลอดเลือดสมองพบต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการ ในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอนและสำหรับการรับบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง ค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาทและสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาทรวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี แต่อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยประมาณ 690 คนต่อแสนประชากรมีผู้เสียชีวิต 50,000-60,000 รายต่อปี พบผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 250,000 รายต่อปี⁽²⁾ ในเขตสุขภาพที่ 3 ช่วงปี 2563-2566 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 0.46, 0.48, 0.51 และ 0.55 ตามลำดับ และในเขตจังหวัดพิจิตรพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกกลุ่มอายุเท่ากับ 0.49, 0.53, 0.53 และ 0.54 ตามลำดับ⁽³⁾ สถิติโรงพยาบาลพิจิตร ปี 2561-2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิจิตรจำนวน 583, 608, 563, 533, 573, 1070 และ 941 ราย ตามลำดับและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) จำนวน 82, 69, 74, 58 และ 83, 135 และ 149 รายต่อปี⁽⁴⁾

โรคเลือดออกในสมอง คือ ชนิดหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีระวิทยาเป็น 2 ชนิด คือ 1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic Stroke) พบได้ร้อยละ 80-85 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.7-10.1 และ 2. โรคหลอดเลือดสมอง ชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 15-20 แต่อัตราการเสียชีวิตสูงถึง 51-65 สำหรับข้อมูลประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.4 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 22.3-43.3 สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 60-70 เกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁽⁴⁾ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ 72 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการถือว่าเป็นโอกาสทองในการรักษาเพื่อจำกัดความรุนแรงของโรค มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของสมองรักษา penumbra area การให้ยาละลายลิ่มเลือดในการเปิดหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolytic therapy) เป็นหนึ่งในมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน ยา recombinant tissue-plasminogen activator (rt-PA) เป็นยาที่ใช้กระตุ้นให้ก้อนเลือดที่แข็งตัวแล้วไปอุดตัน เส้นทางการไหลของเลือดสลายตัวและละลายไป เพื่อเปิดทางให้เลือดสามารถวิ่งไปเลี้ยงสมองได้เป็นปกติ ลดการสูญเสียของเซลล์สมอง ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้ แต่อย่างไรก็ตามยา rt-PA มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในสมองได้ร้อยละ 6.48⁽⁵⁾

กระบวนการพยาบาล เป็นวิธีการที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่ต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน ได้แก่ การประเมินสภาพการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ทั้งนี้ โดยใช้ความรู้และทักษะที่จำเป็นหลายด้านของพยาบาลพยาบาลควรประเมินปัญหาโดยการรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณให้ความสำคัญกับการซักประวัติ ตรวจ ร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาล

ที่เหมาะสมทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันที่ต้องประเมิน ภาวะวิกฤตต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย อันอาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) ซึ่งส่งผลให้อาการแย่ลง การฟื้นฟูหายช้า บางรายอาจเสียชีวิตได้เมื่อพ้นระยะวิกฤตต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การฟื้นฟูสภาพร่างกายให้เร็วที่สุด การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล ผู้เขียนเล็งเห็นโอกาสในการจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไปยังชุมชน จึงได้ดำเนินการร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตเหมือนก่อนป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และส่งต่อข้อมูลปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ให้ทีมเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิจิตรทราบผ่านระบบ CoC HOSxP เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในลำดับต่อไป

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี รูปร่างท้วมน้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 148 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) 26.02 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สถานภาพโสด จบการศึกษาประถมศึกษา อาศัยอยู่คนเดียวเป็นบ้านปูนสองชั้น มีบ้านน้องสาวอยู่ในรั้วเดียวกัน ประกอบอาชีพค้าขาย (เข็นรถขายกล้วยเดี่ยว) ในเขตเทศบาลเมืองพิจิตร นับถือศาสนาพุทธ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มีรายได้หลักมาจากการค้าขาย มีเงินเก็บ ไม่มีภาระหนี้สิน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 12 มีนาคม 2566 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 23 มีนาคม 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 11 วัน

อาการสำคัญ :

แขนขาอ่อนแรงขวา 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

Last seen normal เวลา 17.30 น. นั่งพูดคุยรับประทานอาหารกับน้องสาวตามปกติ หลังจากนั้นเวลา 19.30 น. ของวันที่ : 12 มีนาคม 2566 : First seen abnormal: ญาติพบผู้ป่วยนอนล้มในห้องน้ำ ไม่รู้สึกตัว

หลังจากนั้นเรียกลิ้มตา มีแขนขาอ่อนแรงขวา มีปากเบี้ยว ร่วมกับพูดไม่ชัด ไม่มีปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด ไม่มีชักเกร็งกระตุก จึงเรียก 1669 รับมาโรงพยาบาล

อาการแรกเริ่ม :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E3 V1-2 M6 ลิ้นแข็ง พูดคุยไม่ชัดเจน pupils 2 mm. RTLBE NIHSS = 11 คะแนน, Motor power แขนขวา gr.0 แขนซ้าย gr.5 สามารถเดินได้ ต้องมีคนพยุง อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 168/101 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ $O_2\text{sat} = 92\%$ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) 0/20 คะแนน ใบหน้าสมมาตร ไม่มีหน้าเบี้ยว ลิ้มตาได้เอง

หนังตาไม่ตก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

การตรวจร่างกายตามระบบ :

HEENT : injected conjunctival both eyes

Heart : regular, no murmur

Neuro : E3V1-2M6, pupil 2 mm RTLBE, no facial palsy, severe dysarthria,

Motor power : Rt arm gr 0 / Lt arm gr 5, Rt leg gr 0 / Lt leg gr 5, NIHSS : 11 และ ADL = 0/20 คะแนน

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

วันเดือนปีที่ตรวจ	ผลการตรวจ
12 มีนาคม 2566	การทำงานของไตปกติ
	BUN 17mg/dL, Cr 0.88 mg/dL, eGFR 65.85 ml/min/1.73m ²
	ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ
	FBS 140 mg/dl
13 มีนาคม 2566	อิเล็กโทรไลต์ปกติ
	K3.71mmol/L, Na 139 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO ₂ 23.4 mmol/L, Anion Gap 14.1, Calcium 9.0 mg/dl, Magnesium 2.3 mg/dl
	การทำงานของตับปกติ
	Total Protein 7.0 g/dl, Albumin 4.1 g/dl, Total Bilirubin 0.38 mg/dl, Direct Bilirubin 0.13 mg/dl, AST 30 U/L, ALT 21 U/L, ALP 98 U/L
14 มีนาคม 2566	ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ
	FBS 119 mg/dl
	อิเล็กโทรไลต์ปกติ
	K 3.58 mmol/L, Na 134 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO ₂ 22.5 mmol/L, Anion Gap 14.9
14 มีนาคม 2566	ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม อยู่ในเกณฑ์ปกติ
	HbA _{1c} 5.5%
	ระดับไขมันในเลือดปกติ
	Cholesterol 130mg/dL, Triglyceride 81mg/dL, HDL 63mg/dL, LDL 51 mg/dL
14 มีนาคม 2566	Complete Blood Count
	Hct 41.1%, Hb 14.3 g/dl, MCV 89.2 fl, MCH 34.8 g/dl, RDW 13.3% Neutrophil 70%, Lymphocyte 22%, Monocyte 7%, Eosinophil 2%
	WBC 6.9x1000cell/cu.mm,
	Plt 321x1000cell/cu.mm, MPV 9.7 fl, PCT 0.31%

Coagulation Time : ช่วงแรกผล Coagulation แต่ยังไม่ได้เกณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะ AF เมื่อเริ่มรักษาด้วย Warfarin ค่า PT/INR

สูงขึ้น อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (INR 1.02-1.08) On warfarin D7 after Onset (start 19/3/66) 19/3 INR 1.02 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลการตรวจ Coagulation Time

Lab test	ค่าปกติ	12 มี.ค.66	19 มี.ค.66	22 มี.ค.66
PT	10.6-13.3 Seconds	10.2	11.7	12.4
INR	2-3.5 second	0.88	1.02	1.08
APTT	20.8-29.2Second	25.9	23.6	27.2
APTT Ratio		1.04	0.94	1.09

ผลตรวจภาพรังสีทรวงอก (CXR) : no Infiltration

จังหวะชนิดสั้นพลิ้ว

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography :

การตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

EKG) วันที่ 12 มีนาคม 2566 เวลา 21.03 น. พบหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation : AF) อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิด

(Computerized Tomography Brain Non contrast) :
รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

วันเดือน ปี เวลาที่ตรวจ	ผล	การแปลผล
ครั้งที่ 1 : 12 มี.ค.2566 เวลา 22.00 น.	Hyper acute left MCA infarction (<1/3 of MCA territory), Anencephalomalacic change in left frontal lobe.	-มีการขาดเลือดในสมองบริเวณหลอดเลือด MCA ด้านซ้ายอย่างรุนแรง (<1/3 ของพื้นที่ MCA) -มีการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า encephalomalacia ในบริเวณก้านสมองด้านซ้าย การขาดเลือดในสมองนี้อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในบริเวณนั้น
ครั้งที่ 2 : 13 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น. (F/U post rt-PA)	Acute infarction in left frontal-temporal-parietal lobe, basal ganglia, internal capsule, external capsule (Large left MCA territory)	มีการเกิดภาวะขาดเลือดเฉียบพลัน (acute infarction) ในบริเวณ : left frontal-temporal-parietal lobe, basal ganglia, internal capsule, และ external capsule ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ใหญ่ของหลอดเลือดสมองกลางด้านซ้าย (Large left MCA territory) แปลว่ามีการสูญเสียเลือดไปยังบริเวณเหล่านี้ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในพื้นที่ดังกล่าว

ผลการตรวจ Echo (20 มีนาคม 2566) :

function (TAPSE = 11 mm)

1. Normal LV size and good LV systolic function, LVEF 59% (by Teicholz's method). No RWMA's,

4. Trivial MR. No MS.

2. Severely dilated LA and RA.

5. Trileaflet AV, Mild AR. No AS.

3. Normal RV size but reduced RV systolic

hypertension.

6. Normal PV. Mild TR. No pulmonary

7. No visualized intracardiac thrombus.

No pericardial effusion.

Impression : Mild AR.,Mild TR

การวินิจฉัยโรค :

Lt Middle Cerebral Artery (MCA) infarction

การรักษาที่ได้รับ :

วันที่ 12 มีนาคม 2566 เวลา 20.50 น.

AtER: Monitor Central monitoring EKG, 0.9% NaCl 1000 ml Rate 100 ml/hr, Record V/S, Before rt-PA keep SBP < 185 mmHg / DBP < 110 mmHg ให้ rt-PA 5.5 mg IV bolus in 1 min (give 10%) then rt-PA 49.7 mg IV drip in 60 mins (give 90%) after rt-PA (keep BP < 180/100 mmHg) q 15 mins x 2 hrs. If stable, then q 30 mins x 6 hrs. If stable then q 60 mins x 24 hrs. If stable then q 4 hr (ถ้ายังไม่ stable ยังไม่ได้ Goal ให้ monitor ที่ step เดิมก่อน)

Admit Stroke Unit (21.25น.) : ให้การรักษา ด้วย Actilyse 50 mg iv (give 10%) in 1 min then iv drip (give 90%) in 1 hr. (stat), Nicardipine (10 mg/10ml) 2 mg iv stat, then 20 mg + Nss 100 ml. (1:5) rate 5-75 ml/hr, Record GCS q 1 hr. for 24 hrs. If drop ≥ 2 pls. notify, 21:43 น. ลด rate IV เหลือ 80 ml/hr, keep $O_2Sat \geq 94\%$, ฉีด Omeprazole 40 mg iv OD. 22:23 น. Off Actilyse เดิม. เปลี่ยนเป็น Actilyse (fast track) 50 mg vial (50 ml) : rt-PA 5.5 mg iv bolus in 1 min (give 10%) then Rt-PA 44.5 mg iv drip in 60 mins (give 90%)

13 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น. : CT brain : MCA infarction in left frontal-temporal-parietal lobe, basal ganglia, internal capsule, external capsule (Large left MCA territory), trail off nicardipine BP = 157/90 mmHg, ปรับลด 0.9% NaCl rate 80 ml/hr Neuro: E3V2M5, pupil 3 mm RTLB, no facial palsy, severe dysarthria, Motor power Rt arm gr 1 / Lt arm gr 5, Rt leg gr 1 / Lt leg gr 5, eye deviation at Lt

14 มีนาคม 2566 : off NPO, retain NG 12:35 น. consult PT bedside serial DTX pre-meal BID keep 80-200 mg% 17:00 (15/03/2566 6.00=), (15/03/2566 17.00) HbA1C 12:35 (12:35), 0.9% NaCl 1000

ml iv rate 60 ml/hr, Atorvastatin 40 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Enalapril 5 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, BD 1:1 250 ml x 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed

15 มีนาคม 2566 : NaCl 1000 ml iv rate 40 ml/hr, Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q 6 hr เวลาปวด-มีไข้, Tolperisone 50 mg 1 tab oral x 3 pc, ย้ายไปตึกสามัญเพื่อรับการฟื้นฟู (Intermediate care)

16 มีนาคม 2566 : iv หมด off, off Omeprazole 40 mg iv, Omeprazole 20 mg 1 cap oral x 1 ac เข้า Consult นักกิจกรรมบำบัด (OT) และเวชศาสตร์ฟื้นฟู (IMC) 2-6 weeks วันจันทร์ถึงศุกร์ เข้าด้วย severe dysarthria, global aphasia start warfarin 7 days after Onset

17 มีนาคม 2566 : Lipid Profile at 06.00 น. ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ : Cholesterol = 164 mg/dL, Triglyceride = 70 mg/dL, HDL = 55 mg/dL, LDL = 95 mg/dL, ย้ายไปตึกสามัญเพื่อดูแล IMC ได้, Record V/S, Record I/O, BD 1:1 250 ml x 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed, Medication : Atorvastatin 40 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Enalapril 5 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q 6 hr เวลาปวด-มีไข้, Tolperisone 50 mg 1 tab oral x 3 pc, Omeprazole 20 mg 1 cap oral x 1 ac เข้า

18 มีนาคม 2566 : นัด echo และ PT, PTT พรุ่งนี้

19 มีนาคม 2566 : ตามผล PT PTT (INR = 1.02) off Tolperisone, Warfarin 2 mg 1 tab oral x hs,

20 มีนาคม 2566 : off BD 1:1 250 ml x 4 feed + เป็น BD 1.5:1 300 ml x 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed

21 มีนาคม 2566 : PT, PTT, CBC พรุ่งนี้ เพิ่ม Metoprolol $\frac{1}{4}$ tab oral x 2 pc เข้า-เย็น

22 มีนาคม 2566 : ตามผล PT, PTT, CBC, S: แขนและขาข้างขวา อ่อนแรงพอเดิม ตื่นพอเดิม ยังพูดไม่ชัด เริ่มพูดได้บ้างเป็นคำๆ, T 36.9°C PR 66/min, RR = 20/min, BP 140/90 mmHg, Plan Discharge : follow up 31/3/66 OPD med, BUN, Cr, Elyte, CBC, PT, PTT

Home Medication : Atorvastatin 40 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Enalapril 5 mg 1 tab oral x 1 pc



เช้า, paracetamol 500 mg 1tab oral prn q 6 hr เวลาปวด-มีไข้, Omeprazole 20 mg 1 cap oral x 1 ac
เช้า, Metoprolol 1/4 tab oral x 2 pc เข้า-เย็น, warfarin 3 mg 1 tab oral hs (จันทร์ ถึง พฤหัส), 1/2 tab oral hs (ศุกร์ เสาร์ และ อาทิตย์) 23 มีนาคม 2566 จำหน่าย
ผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีภาวะแทรกซ้อนจากเซลล์สมองขาดเลือดเนื่องจาก
หลอดเลือดสมองอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน :

1. อาการเกร็งที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow Coma scale E3 V1-2 M6, Pupils 2 mm BRTL BE, global aphasia, NIHSS = 11 คะแนน

2. CT Brain contrast ผล Lt MCA infarction, encephalomalacia at Lt frontal lobe วันที่ 12 มีนาคม 2566 เวลา 21.25 น.

3. Motor power แขนขาขวาอ่อนแรง grade 0 แขนซ้าย grade 5

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากเซลล์สมองขาดเลือด

เกณฑ์การประเมินผล :

- ระดับออกซิเจนในเลือด ไม่น้อยกว่า 94 %
- ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น ซีมลง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หายใจสั้น และถี่ เหงื่อออกมาก มือเท้าชา
- ความดันโลหิต SBP < 180 mmHg และ DBP < 105 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตามแผนการรักษาของแพทย์ ขนาด 5.5 mg IV bolus in 1 min (give 10%) then rt-PA 49.7 mg IV drip in 60 mins (give 90%) และให้การพยาบาลตามมาตรฐาน

การให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตั้งแต่อ่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา⁽⁶⁾

2. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอให้อยู่ในแนวตรง ไม่บิดงอ สะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml rate 100 ml/hr โดยใส่เครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดให้ไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น และได้ปริมาณตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารร่วมด้วย

4. สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะร่างกายขาดออกซิเจน เช่น มีอาการเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นต้น

5. ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงลดการมี กิจกรรม และช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดการเผาผลาญพลังงาน

6. เจาะ FBS และเจาะ DTX ให้ตามแผนการรักษา เนื่องจากถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีผลทำให้เนื้อสมองที่ตายและขาดเลือดจะขยายตัวมากขึ้นตรวจวัดสัญญาณชีพ และบันทึก GCS และ motor power ทุก 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแยลง เช่น GCS หรือ motor power drop ≥ 2 คะแนน และควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้ไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส

7. ส่งทำ CT brain (NC) หลังได้ยา rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินการฟื้นหายของเนื้อสมอง

8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการรักษา ของแพทย์พร้อมทั้งการเซ็นยินยอมการรักษา

9. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล :

GCS จาก E3V 1-2 M6 เพิ่มขึ้นเป็น E3V2M6 ออกเสียงอ้ออาได้ NIHSS 15/17 คะแนน Motor power ขาขวามีกำลังเพิ่มขึ้นจากเกรด 0 เป็น 1 แต่ความดันโลหิตสูงขึ้น อยู่ในช่วง 170-201/82-115 mmHg ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิปกติ 37.0 องศาเซลเซียส หายใจได้เอง ไม่เหนื่อย SpO₂ 99%, DTX อยู่ในช่วง 119-140 mg% ปริมาณน้ำที่เข้า-ออก ร่างกาย

สมดุล ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือคลื่นไส้ อาเจียน CT Brain
ซ้ำ หลังได้ยา rt-PA 24 ชั่วโมง ไม่พบ hemorrhagic
transformations หรือ brain edema

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยา
ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ขนาด 49.7
มิลลิกรัม ความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 170-180/101-115
mmHg ผล CT Brain เป็น Left MCA, อายุมาก 72 ปี,
ค่า INR 1.02

วัตถุประสงค์ :

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้
รับยา (rt-PA) และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ใน
เกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์การประเมินผล :

รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีอาการแสดงของ
ภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ชีมลง สับสน คลื่นไส้
อาเจียน กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ รุนแรง ชักเกร็งหมดสติ
ไม่มีถ่ายดำหรือปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลแดง ไม่มีเลือด
กำเดาไหล หรือเลือดออกตามไรฟัน สัญญาณชีพปกติ
BP ลดลง < 180/110 mmHg, ผล CT brain ไม่พบ
Intracerebral hemorrhage หรือ Brain edema

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินระดับการ
เปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวขณะได้รับยาทุก 15 นาที
คูณ 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที คูณ 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง
จนถึง 24 ชั่วโมงและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง
ควบคุมความดันโลหิต < 180/110 mmHg และประเมิน
GCS ทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 48 ชั่วโมง และเมื่ออาการ
คงที่จึงวัดทุก 2 ชั่วโมง โดยถ้าสัญญาณชีพผิดปกติ หรือ
GCS drop $\geq$ 2 รีบรายงานแพทย์⁽²⁾

2. กิจกรรมหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง

- จัดให้ยา heparin/warfarin/antiplatelet
- จัดใส่ NG tube หลีกเลียงการใส่สายสวนปัสสาวะ
ภายใน 30 นาที หลังให้ยา
- จัดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง
(central line) จัดเจาะหลอดเลือดแดง

3. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine INJ
mg/10ml AMP (10 ml) 20 mg + NSS 100 ml. (1:5)
rate 5-75 ml/hr: keep BP < 180/105 mmHg ตาม
แผนการรักษา โดยให้ยา (21.05) วันที่ 12 มีนาคม 2566
เวลา 21.05น ถึงวันที่ 13 มีนาคม 2566 เวลา 14.00 น.
แล้วเปลี่ยนเป็นยารับประทาน ตามอาการแสดงของผู้ป่วย
ได้แก่ Enalapril 5 mg 1tab oral x 1 pcเช้า

4. ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000cc rate 60-80
cc/hr. ตามแผนการรักษาในแต่ละวัน

5. ให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบ
ทางเดินอาหารตามแผนการรักษา ได้แก่ Omeprazole
40 mg vein OD (วันที่ 12-15 มีนาคม 2566) แล้วเปลี่ยน
เป็นยารับประทาน Omeprazole 20 mg 1 cap oral x
1 ac เช้า

6. สังเกตภาวะเลือดออกในตำแหน่งต่างๆ ของ
ร่างกาย หากพบรีบรายงานแพทย์ โดยเฉพาะอาการ
ปวดศีรษะที่รุนแรง อาเจียน แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น
ซีมลง ซึ่งเป็นอาการเลือดออกในสมอง หรือสมองบวม
ต้องรีบรายงานแพทย์โดยด่วนพร้อมกับหยุดยา rt-PA
ทันที

ประเมินผลการพยาบาล :

หลังได้ยา rt-PA ผู้ป่วยไม่มี อาการแพ้ยาและ
ไม่มีอาการเลือดออกในตำแหน่งใดๆ ของร่างกายระดับ
ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ BP = 149-158/64-90
mmHg, pupils 3 mm. RTLBE Motor power : Rt arm
gr 1 / Lt arm gr 5, Rt leg gr 1 / Lt leg gr 5, ผล CT Brain
ซ้ำ ในวันที่ 13 มีนาคม 2566 ไม่พบ Intracerebral
hemorrhage หรือ Brain edema ผู้ป่วยอาการคงที่
สัญญาณชีพปกติ วันที่ 15 มีนาคม 2566 ย้ายไปตึก
สามัญเพื่อรับการฟื้นฟู (Intermediate care)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง ขณะรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร

ข้อมูลสนับสนุน :

ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด , severe dysarthria



วัตถุประสงค์ :

เพื่อสามารถตอบสนองการสื่อสารได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้เพิ่มขึ้นใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการพูด ใช้สัญลักษณ์ของภาษาในรูปต่างๆ ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้หรือไม่ชัด หลังให้ยาลดลิ่มเลือด 24 ชั่วโมง
2. พยาบาลประสาน ส่งฝึกจากนักกิจกรรมบำบัด (OT) และพยาบาลจะฝึกต่อเนื่องจากนัก OT ทุกวัน วันละ 4 รอบ เนื่องจากผู้ป่วยอาจใช้เวลาจนถึง 3-4 เดือน จึงจะพูดได้
3. พยาบาลให้อธิบายถึงขั้นตอนการฝึกการพูด การใช้กล้ามเนื้อหน้าและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม

การประเมินผล :

ผู้ป่วยสื่อสารโดยการพูด ฟังเข้าใจ (17 มี.ค. 66)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ข้อมูลสนับสนุน :

S : “น้องสาว/ผู้ดูแล (Care Giver) จะเป็นผู้ช่วยทำกิจวัตรประจำวันให้”

O : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร่างกายอ่อนเพลีย ขยับแขนขาไม่ได้ ต้องคอยช่วยเหลือตลอด : Barthel index = 0/20

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางกิจวัตรประจำวัน

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางกิจวัตรประจำวันได้อย่างครบถ้วน
2. ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินอาการความต้องการของผู้ป่วย
2. อธิบายการช่วยเหลือกิจกรรม พร้อมบอก

เหตุผลและความจำเป็นในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และแผนการรักษาแก่ญาติของผู้ป่วยทุกครั้ง

3. ดูแลให้ได้รับการอาบน้ำแบบสบู่ถนอมผิว เพื่อลดปัญหาการเกิดแผลกดทับ

4. ดูแลให้ได้รับอาหารเหลวย่อยง่ายและทำความสะอาดช่องปากเพื่อเป็นการเพิ่มสารอาหารให้กับร่างกายผู้ป่วย

5. ดูแลเรื่องการขับถ่าย ให้ผู้ป่วยขับถ่ายบนเตียง และดูแลด้านความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางกิจวัตรประจำวันได้
2. ก่อนจำหน่าย Barthel index เพิ่มขึ้น = 10/20 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากได้รับยาลดลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

on Warfarin 1 tab oral x hs (จันทร์ ถึง พฤหัส) 1/2 tab oral x hs (ศุกร์ เสาร์ และ อาทิตย์)

วัตถุประสงค์ :

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกตามตำแหน่งใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติเน้นย้ำให้ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างการให้ยาและอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ หรือขณะอยู่ที่บ้าน เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด ป้องกันการหกล้ม

2. แนะนำวิธีการรับประทานยาอย่างละเอียด และการจัดเก็บยา

3. การใช้อาหารอื่นๆ หรืออาหารเสริม ต้องปรึกษาแพทย์ก่อน เพราะบางอย่างมีฤทธิ์เสริมกับบางอย่าง มีฤทธิ์ต้านกัน

4. ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่เพิ่ม ลด หรือหยุดยาเอง

5. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และควบคุม ปริมาณอาหารชนิดพืช ผักใบเขียวที่รับประทานให้สม่ำเสมอ ไม่ควรรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไป

6. กรณีเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ทุกครั้ง และห้ามรับการรักษาโดยการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

7. ควรพกสมุดประจำตัวเมื่อได้รับยารักษาโรค ติดตัวไว้เพื่อเป็นการดูแลตนเองและแสดงสมุดทุกครั้ง ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพ เพื่อเป็นการแจ้งให้บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทราบ

8. หากลิ้มรับประทานยามีข้อปฏิบัติคือ ห้ามเพิ่ม ขนาดยาที่รับประทานเป็น 2 เท่า โดยเด็ดขาดและ ปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) กรณีลิ้มรับประทานยาและยังไม่ถึง 12 ชั่วโมง ให้รับประทานยาทันทีในขนาดเท่าเดิม

2) กรณีลิ้มรับประทานยาและเลย 12 ชั่วโมง ไปแล้ว ให้ข้ามยาในมือนั้นไป แล้วรับประทานยามื้อต่อไปในขนาดเท่าเดิม

9. ติดตามค่า Coagulation Time จากการตรวจ รักษาตามนัดที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ

ประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ดูแลเข้าใจและตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับ แผนการรับประทานยา อันตรายและอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

2. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือด ออกง่ายหยุดยาก เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออก ตำแหน่งใดๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

มีโอกาสเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้

ข้อมูลสนับสนุน :

1. นางสาวผู้ป่วยถามว่า “ถ้ากลับไปบ้านจะมีวิธี ป้องกันไม่ให้กลับมาเป็นแบบนี้อีกหรือไม่”

2. ผู้ป่วยมีรูปร่างท้วม ค่า BMI=26.02 ปกติไม่เคย เจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาที่หนักมาก่อน, เป็นผู้สูงอายุ, ในชีวิตปกติผู้ป่วยจะรับประทานอาหารมื้อเย็นประมาณ 2 มื้อหลังทำงานเสร็จ (ชอบรับประทานหมูสามชั้น

และเครื่องในหมู ต้มดื่มฮวนรับประทานเองประจำ) หลังจาก นั้นเข้านอนตื่นตีสี่ เพื่อเตรียมของไปขาย ไม่เคยออกกำลังกายเนื่องจากมีความเชื่อว่าการเข็นรถไปขายของ คือการออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจสามารถ ดูแลตนเองไม่เกิดโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล :

สามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค โดยการซักถาม ทบทวนการปฏิบัติตัวที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 แนะนำอาหารที่เหมาะสมหลีกเลี่ยงรับ ประทานไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น เครื่องในสัตว์ ของทอด หนักเลี่ยน อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

1.2 แนะนำให้ปรับเวลารับประทานอาหาร เย็นไม่เกิน 18.00 น. หลังรับประทานอาหารไม่ควรนอน ทันที, Active Exercised โดยใช้มือช่วยยกแขนขา แนะนำให้ทำเข้าเย็น

1.3 รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ญาติช่วยตรวจสอบความถูกต้อง

1.4 เน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามนัดที่คลินิก โรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้รับการประเมินผลหลังการ รักษา และนัดพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในวันเดียวกัน

2. พยาบาลประสานงานส่งต่อข้อมูล HHC เพื่อ การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพคลินิกหมอครอบครัว ศรีมาลา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร และประสานงาน การส่งข้อมูลผู้ป่วยย้อนกลับมายังหน่วยโรคหลอดเลือด สมอง

การประเมินผล :

ญาติและผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเรื่องการ ปฏิบัติตนที่ถูกต้องได้, มีการวางแผนการดูแลโดยมี Care Giver ในชุมชนศรีมาลาจะมาดูแลผู้ป่วยประจำ โดย ผู้ป่วยสามารถจ่ายค่าจ้างดูแลได้

สรุป

กรณีศึกษาหญิงไทย วัย 72 ปี เข้ารับการรักษาใน stroke unit โรงพยาบาลพิจิตร เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2566 มาโรงพยาบาล ด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงขวา 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute ischemic stroke with Stroke fast track และ CT brain พบ Hyper acute left MCA infarction (<1/3 of MCA territory), An encephalomalacic change in left frontal lobe. BW 57 kgs. สูง 148 cms. ค่าดัชนีมวลกาย = 26.02 แพทย์รักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด ครบ 24 ชั่วโมง ส่ง CT brain เข้า พบ Acute infarction in left frontal-temporal-parietal lobe, basal ganglia, internal capsule, external capsule (Large left MCA territory) ประเมินการกลืนพบว่าไม่สามารถกลืนอาหารได้ตามปกติ เริ่มให้อาหารทางสายยางวันที่ 14 มีนาคม 2566 (BD 1:1 250 mlx 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านอาการพูดผิดปกติอย่างรุนแรง (severe dysarthria) และภาวะที่มีความบกพร่องในการพูดหรือการเข้าใจภาษา (global aphasia) Consult นักกิจกรรมบำบัด (OT) และเวชศาสตร์ฟื้นฟู (IMC) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการทำ bed mobility training, balance training, การฝึกพูด ผู้ป่วยแลบลิ้นมาฝั่งอ่อนแรงได้ดีขึ้น แต่ยังให้แรงต้านได้ไม่นาน ออกเสียง อา อี อุ 5 ครั้ง/คำ ออกเสียงได้เอง ชัดขึ้น ไม่มีเหนื่อยหอบ และทำกิจกรรมบำบัด (OT) ด้วยกิจกรรม “ทายชื่อบัตรภาพ หมวดคำกริยา” ผู้ป่วยพูดชื่อได้เองบางคำ เช่น ผู้ชาย ผู้หญิง ใส่กางเกง แต่ยังพูดเองได้ไม่หลากหลาย กระตุ้นให้ออกเสียงพูดตามคำ 5-6 พยางค์ พูดได้ดีขึ้น และเติมคำในประโยค, ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจและตอบคำถามง่ายๆ ที่คุ้นเคยเมื่อถาม เช่น กินข้าว รึยัง “กินแล้ว”, เหนื่อยไหม “ไม่เหนื่อย” แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 23 มีนาคม 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 11 วัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 0 เป็น 10/20 คะแนน และหลังจำหน่าย 2 เดือน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 16/20 คะแนน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูลงความเห็น ผู้ป่วยฟื้นฟูได้เต็มศักยภาพแล้ว

วิจารณ์

ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบได้บ่อยถึง 85% ของโรคหลอดเลือดสมอง อาการอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพหากไม่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาได้ทันที่ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะอันสั้น⁽⁷⁾ โรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อน ต้องการการรักษาที่เฉพาะแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิต และลดความพิการไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันได้มีการวางระบบช่องทางด่วน (Stroke Fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาทีแรก หลังเกิดอาการ⁽⁸⁾ การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการเปิดหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolytic therapy) เป็นหนึ่งในมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลันยา recombinant tissue-plasminogen activator (rt-PA) เป็นยาที่ใช้กระตุ้นให้ก้อนเลือดที่แข็งตัวแล้วไปอุดตันเส้นทางการไหลของเลือดสลายตัวและละลายไปเพื่อเปิดทางให้เลือดสามารถวิ่งไปเลี้ยงสมองได้เป็นปกติ ลดการสูญเสียของเซลล์สมอง ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้ กรณีศึกษานี้มาถึงโรงพยาบาลไม่เกินเวลา 4.5 ชั่วโมง⁽⁸⁾ ประเมินทางระบบประสาทตาม National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ได้คะแนนเท่ากับ 11 จัดความรุนแรงอยู่ในระดับ 3 (คะแนน 5-14 = Mild to Moderately) ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบมีการขาดเลือดในสมองบริเวณหลอดเลือด MCA ด้านซ้ายอย่างรุนแรง (<1/3 ของพื้นที่ MCA แพทย์รับเข้าไว้รักษาใน stroke unit ภายใต้การดูแลของอายุรแพทย์ประสาทและสมอง และทีมสหวิชาชีพได้ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ได้แก่ ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือด ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนให้ r-TPA พบ มีการขาดเลือดในสมองบริเวณหลอดเลือด MCA ด้านซ้ายอย่างรุนแรง (<1/3 ของพื้นที่ MCA) และสามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา⁽⁹⁾ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ

โดยมีคะแนน NIHSS เพิ่มขึ้น 16 คะแนนสามารถย้ายเข้าหอผู้ป่วยสามัญเพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสภาพ (Intermediate care) ได้ในวันที่ 15 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (NP IMC) นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ร่วมกับการกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยได้ถึง 2 รอบต่อวัน

การศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเกิดความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) มีการวางแผนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นศูนย์กลางในการประสานงานบุคลากรในทีม และญาติวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ การสังเกตอาการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งที่ สืบค้นหา สาเหตุของโรคอันจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาในระยะยาวและการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุม 4 มิติ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ดังนั้นเมื่อ ได้กำหนดเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแล้ว ในการจัดระบบการพยาบาล นอกจาก การแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกิดขึ้นแล้ว ยังมุ่งพัฒนา ความสามารถในการดูแลที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ระบบการพยาบาลที่ปฏิบัติการในผู้ป่วยกรณีศึกษา จะเห็นว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพตรงตามทฤษฎีโรคที่อธิบายว่า โรคหลอดเลือดสมองพบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ AF และ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การจัดระบบการพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นไปตามหลักการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง คือการดูแลระยะวิกฤต มุ่งการเฝ้าระวังภาวะคุกคามต่อชีวิตอันเป็นผลจากการ ทำหน้าที่ของสมองบกพร่องจากพยาธิสภาพ

ของโรค⁽⁷⁾ ส่วนการดูแลระยะต่อเนื่องเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การร่วมมือกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายทั้ง Active และ Passive movement รวมทั้งการวางแผนการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งการวางแผนจำหน่าย เป็นอีกบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยในการให้ คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือป้องกันการกลับเข้า มารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมและเมื่อแพทย์กำหนดวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลได้แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นใกล้บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.(2562).แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564).โอโมชั่นอาร์ต จำกัด; 102-110.
2. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, พุฬิญา โอชารส, บุษกร โลหารขุน, อุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล, วิไล คุปต์นิรติศัยกุล และสุประวีณ์ โอภาเฉลิมพันธุ์. (2562), ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก. วารสารกรมการแพทย์;44: 167-173.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2566) HDC. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
4. โรงพยาบาลพิจิตร.(2567). สรุปผลงานจังหวัดพิจิตร เพื่อรับการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2567 รอบที่ 2/2567.พิจิตร: โรงพยาบาลพิจิตร.
5. สมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2565).โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2.

- กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
6. นลินี พสุคันธรักษ์, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ
ภิญโญภาสกร, บรรณาธิการ.(2559).แนวทาง
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ
พยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์;หน้า8-9.
7. ทศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์, ธน วีระวรวงศ์.(2562).
แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ
หรืออุดตันสำหรับแพทย์ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์
ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
8. สมศักดิ์ เทียมเก่า, บรรณาธิการ. (2563). แนวทาง
เวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีม
สุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
9. สมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2565) โรคหลอดเลือด
สมองและประสาทวิทยาวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.