

กรณีศึกษา

Case Study

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา Nursing Care of Patient Stroke : Case Study

วันเพ็ญ สุขแจ่ม พย.บ
โรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์

บทคัดย่อ

ที่มา : โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายโดยเฉียบพลันเนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณนั้นๆ ได้ เนื่องจากการตีบหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใด และอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้เสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำแนวทางมาใช้ในหน่วยงาน และองค์กรในรูปแบบการจัดทำเป็นกรณีศึกษาเพื่อศึกษา

วิธีการศึกษา : เลือกศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่าตะโก เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการล่าช้าไม่สามารถส่งเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้ทัน เป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วมมารับบริการ ระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ - 18 กันยายน 2567

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้ทันเวลา แพทย์วินิจฉัย Stroke ส่งทำ CT โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพศชาย อายุ 77 ปี อาการสำคัญมาด้วยแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เดินเซลล์ NIHSS score : 6 ได้รับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาล 2 วัน

สรุปผล : การดูแลรักษาต่อเนื่องติดตามอาการของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดูแลให้การพยาบาล และวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่สามารถกลับไปรักษาต่อที่บ้านได้ การดูแลฟื้นฟูสภาพใน 3 เดือนแรกมีความสำคัญ เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การฟื้นฟู วางแผนร่วมกับญาติในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ : ส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและช่องทางการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง Stroke, Cerebrovascular disease

Abstract

Background : Stroke is a medical condition characterized by the sudden destruction of brain tissue caused by an interruption in blood supply to specific areas of the brain. This is typically due to the narrowing or rupture of cerebral blood vessels, resulting in abrupt neurological dysfunction. Symptoms persist for more than 24 hours and may lead to death or permanent disability, directly affecting the patient's quality of life.

Objectives : To study nursing care approaches for patients with stroke, and to apply these approaches within healthcare institutions and organizations through the development of a case study for further exploration.

Methodology : The study focused on patients receiving care at Thatako Hospital, specifically those who arrived late and could not be enrolled in the Stroke Fast Track system in time. The selected case involved an elderly patient with underlying health conditions who sought treatment between February 23 and September 18, 2024.

Results : The case study involved a 77-year-old male stroke patient who was not admitted into the Stroke Fast Track system in time. The physician diagnosed stroke and referred the patient for a CT scan at Sawanpracharak Hospital. The patient's primary symptoms included left-sided limb weakness, slurred speech due to tongue stiffness, and unsteady gait with falls. The NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) score was 6. The patient was hospitalized and received treatment for a period of two days.

Conclusion : Continuous care and close monitoring during hospitalization are essential. Appropriate nursing care must be provided, and discharge planning should be initiated once the patient's condition stabilizes to ensure safe continuation of care at home. The first three months of rehabilitation are particularly important for preparing the patient's physical and mental readiness, preventing complications, and facilitating recovery. Rehabilitation planning should be conducted in collaboration with the patient's relatives to maximize the potential for a return to normal daily life

Recommendation : It is recommended to promote awareness of stroke warning signs and enhance access to emergency medical services through the national emergency hotline 1669.

Keywords : Stroke, Cerebrovascular disease

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือ Cerebrovascular disease (CVD) พบได้ในผู้ป่วยจำนวนมาก ส่วนมากจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากรายงานสถิติสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย พบว่าในปี 2563 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน⁽¹⁾ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรง หรือขาครึ่งซีกของร่างกายที่ทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด พูดตะกุกตะกักพูดไม่ชัด ปวดศีรษะรุนแรง เวียนศีรษะบ้านหมุน เดินเซ เป็นลม เมื่อเกิดโรคทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเป็นภาระของญาติและคนในครอบครัวที่ต้องช่วยดูแล เสียเวลาเสียค่าใช้จ่าย ขาดรายได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้อถอยเกิดความเครียด ข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนกลายเป็นคนพิการอย่างถาวร

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69)⁽¹⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคน จากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ

จากสถิติข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 170,161,154 คน ตามลำดับ อัตราตายจำนวน 17, 23, 21 คน ตามลำดับ

มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวนมากที่ไม่ได้รับการรักษาทันในระบบ Stroke Fast Track ของโรงพยาบาลท่าตะโกในปี พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวน 98,100,68 คน ตามลำดับ⁽²⁾

จากข้อมูล การประชุมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) โรงพยาบาลท่าตะโก ผู้ป่วยนอกได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน มีผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกครบ 6 ครั้งใน 6 เดือน มีจำนวน 6 เปอร์เซ็นต์ เข้ารับบริการไม่ครบ 6 ครั้ง 10 เปอร์เซ็นต์ ไม่ได้เข้ารับบริการ 84 เปอร์เซ็นต์⁽²⁾ ผู้ศึกษาจึงมองเห็นความสำคัญ ในการเข้าถึงบริการล่าช้าภายหลังมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การเดินทางลำบาก ไม่มีรถ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการไม่ทันเข้าระบบ Stroke Fast Track จึงมีความสำคัญ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาได้ทันเวลาจะสามารถช่วยลดภาวะร่างกายพิการเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ และถึงแม้ว่าผู้ป่วยมาไม่ทันเข้าระบบ Stroke Fast Track การฟื้นฟูสภาพใน 3 เดือนแรกก็มีความสำคัญเพราะเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การฟื้นฟูวางแผนร่วมกับญาติในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ และติดตามผลลัพธ์ของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่สนใจศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการล่าช้าไม่สามารถส่งเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้ทัน เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมมารับบริการระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ - 18 กันยายน 2567
2. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัย ตำราหลักฐานเชิงประจักษ์และ Internet ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียน
4. นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
5. สรุปผลการพยาบาลและให้คำแนะนำกับบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ
6. สรุปกรณีศึกษา รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบแก้ไข พร้อมทั้งจัดทำเป็นรูปเล่มและเผยแพร่เอกสาร

ผลการศึกษา

การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 ด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 4 วัน ญาติให้ประวัติ 4 วันก่อน แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง มีปากเบี้ยวพูดไม่ชัด มีลิ้นแข็ง เดินเซล้ม ไม่มีศีรษะกระแทก ไม่ได้มาโรงพยาบาล 3 วัน ทรงตัวไม่ได้เซด้านซ้ายเดินไม่ได้ วันนี้อยู่มีอาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ขา พูดไม่ชัด มีหน้าเบี้ยว กลืนอาหารลำบาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์แผนกผู้ป่วยนอกตรวจประเมินอาการ ส่งต่อไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เพื่อตรวจเอกซเรย์สมอง (CT scan) พบสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute infraction of right MCA) แพทย์พิจารณาส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลท่าตะโก
 2. ระยะดูแลรักษาต่อเนื่อง แพทย์ให้การรักษารูปแบบประคับประคอง (Conservative treatment) ให้ยา ASA (300 mg), Amlodipine (5 mg), HCTZ (25 mg), Enalapril (5 mg) และ Fenofibrate (200 mg) ให้น้ำเกลือ NSS, Observe neurosign ส่งทำกายภาพนอนโรงพยาบาลท่าตะโก 2 วัน แพทย์วางแผนจำหน่ายให้ยากลับบ้าน ASA (300 mg), Fenofibrate (200 mg) หยุดยา Amlodipine (5 mg), Enalapril (5 mg), HCTZ (25 mg) ดูแลให้การพยาบาลและวางแผน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่สามารถกลับไปรักษาต่อที่บ้านได้ โดยเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติโดยใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planing) รูปแบบ Method model
- M-E-T-H-O-D Model**
- M (Medication) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ

- E (Environment & Economic) ผู้ป่วยได้
รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับ
สภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน
การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม

- T (Treatment) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ
เป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเอง
และรายงานอาการที่สำคัญ ให้แพทย์พยาบาลทราบ
มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ด้วยตนเองอย่าง
เหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

- H (Health) ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจ
ภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการ
เจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน
ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เอื้อต่อการฟื้นฟู
สภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

- O (Outpatient Referral) ผู้ป่วยเข้าใจและ
ทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอ
ความช่วยเหลือ เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อ
สรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่น
ที่จะรับช่วงดูแลต่อ

- D (Diet) ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับ
ประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้าน
สุขภาพ⁽³⁾

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ การดูแลฟื้นฟูสภาพใน 3
เดือนแรกมีความสำคัญ ผู้ศึกษาร่วมวางแผนกับครอบครัว
ผู้ป่วยเพื่อเตรียมกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า
ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง
ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก
คือภรรยา

3.2 ส่งพบทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย
พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

3.3 เตรียมความพร้อมที่พักอาศัย บ้านผู้ป่วย
เป็นบ้านปูนชั้นเดียวแต่มีพื้นต่างระดับบ้างแห่ง จึงให้
คำแนะนำเรื่องการปรับพื้นที่ต่างระดับ

3.4 นัดหมายผู้ป่วยให้มารับยาตามนัดที่คลินิก
สูงอายุ เพื่อประเมินสุขภาพ

ทฤษฎีทางพยาบาลที่นำมาใช้

1. แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อใช้ประเมิน
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ

ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติ
การเพื่อวินิจฉัยปัญหา และวางแผนการปฏิบัติและ
การประเมินผล⁽⁴⁾

2. แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy
Adaptation Model) โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา
2 กลไก คือ กลไกการควบคุม และกลไกการรู้คิด ส่งผล
ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการปรับตัวออกมา เพื่อใช้วางแผน
การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รอยได้ให้ความหมายของ
มนุษย์ว่า เป็นบุคคลเดี่ยว ครอบครัว กลุ่ม องค์กร และ
ชุมชนเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic
adaptation system) ระบบของมนุษย์เป็นทั้งหมดใน
หนึ่งเดียวแสดงถึงพฤติกรรมที่มีความหมายของมนุษย์
มีความสามารถในการคิด มีสติ⁽⁵⁾

3. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการ
และเมื่อมีภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพ เพื่อประเมิน
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นแนวคิด
ที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวกับการพยาบาล
มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือกำหนด
วิธีการพยาบาล⁽⁶⁾

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 77 ปี สถานภาพ สมรส ระดับ
การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ อาศัยบุตร สิทธิ
การรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนา อำเภอบึงสามพัน

ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันที่เข้ารับการรักษา 23 กุมภาพันธ์ 2567
วันที่ส่งต่อ 23 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่นอนโรงพยาบาล
23 กุมภาพันธ์ 2567 การวินิจฉัยโรค Acute stroke อาการ
สำคัญนำส่งโรงพยาบาล 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล แขนขา
ข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เดินเซล้ม
ไม่มีศีรษะกระแทก ไม่ได้มาโรงพยาบาล 3 วันก่อนมา
โรงพยาบาล ทรงตัวไม่ได้เซด้านซ้าย เดินไม่ได้ วันนี้มี
อาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ซาชาซ้าย พูดไม่ชัด
มีหน้าเบี้ยว กลืนอาหารลำบาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง
ไขมันในเส้นเลือด หูดตาไขมันเองเนื่องจากมีอาการ
ปวดเกร็งกล้ามเนื้อไม่ได้มาพบแพทย์ โรคไตระยะที่ 3

ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ประวัติดื่มสุรบบ้างครั้งตามเทศกาล สูบบุหรี่ 5-10 มวน/วันนาน 50 ปี อาการแรกเริ่ม แกร่งรับรู้สีกตัวดี ลิ้มตาเองได้ พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว เดินเซ ทำตามคำสั่งได้ E4V5M6 pupil 3 mm. reaction to light both eye motor power แขนขาข้างขวาระดับ 5 แขนขาข้างซ้ายระดับ 4 NIHSS score แกร่งรับเท่ากับ 6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 164/100 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute stroke จากโรงพยาบาลชุมชน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 10,190 Cell/mm³ Hct 32 % BUN 15 mg/dl creatinine 1.39 mg/dl GFR 49 Blood sugar 165 mg/dl electrolyte ปกติ การรักษา 0.9 % NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr, O₂ cannular 3 LPM ส่งโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำ CT scan ผลการตรวจ CT scan พบสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute infarction of right MCA) ส่งกลับมารักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน นอนโรงพยาบาลสังเกตอาการ ทำกายภาพ ให้ยา ASA 300 mg 1 tab ○ pc, amlodipine 5 mg 2 tab ○ pc, HCTZ 25 mg 1 tab ○ pc, enalapril 5 mg 1 tab ○ ผู้ป่วยขาดยา atorvastatin 40 mg , simvas 20 mg นาน 2 เดือน เนื่องจากหลังรับประทานยาแล้วมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแพทย์จึงเพิ่มยา fenofibrate 200 mg 1 tab ○ pc

1. ระยะเวลาการรับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :

เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากสมองขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ความดันโลหิต 164/100 มิลลิเมตรปรอท พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะสมองบวม

การพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: IICP) เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว

ชัก เกร็ง กระตุก และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที

2. ติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการทางระบบประสาท glasgow coma scale

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยจัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง สะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา และไม่ควรเปลี่ยนท่าเร็ว

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา

5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น เช่น การออกแรงลูกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรงๆ การพลิกตะแคงตัว

6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยวด้านซ้าย พูดไม่ชัด glasgow coma scale E4V5M6 pupil 3 mm. reaction to light both eye แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 4 แขนขาข้างขวาระดับ 5 ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาเจียนพุ่ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะหายกลับมาเดินได้ปกติเหมือนเดิมอีกไหม ไปโรงพยาบาลแม่ข่ายจะทำอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล และมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคถูกต้อง และร่วมมือในการรักษา

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในเวชระเบียน และให้พบแพทย์ เพื่ออธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล



3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและระบายความรู้สึก แพทย์ใช้ทักษะการสื่อสารกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการตรวจรักษา 15-20 นาที ประเมินอาการเบื้องต้นและวินิจฉัยแยกโรคด้วยการตรวจร่างกาย ให้ความไม่เร่งรีบที่จะรับฟังสิ่งที่รู้สึกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับอาการของโรค

4. อธิบายความก้าวหน้าถึงภาวะโรคที่เป็นอยู่ และการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับในการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ

5. ใช้คำพูดที่ชัดเจน อ่อนโยน ยิ้มแย้ม แจ่มใส แสดงความสนใจและจริงใจต่อผู้ป่วย

6. อธิบายให้ญาติและผู้มาเยี่ยมงดการพูดคุยในเรื่องที่เพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย

7. แนะนำญาติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและระเบียบของโรงพยาบาล บอกให้ทราบถึงเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลรักษาและวิธีการขอความช่วยเหลือ

8. อธิบายให้เข้าใจว่าความผิดปกติของร่างกายจิตใจ และอารมณ์ จะค่อยๆ ดีขึ้นได้ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

2. ดูแลรักษาต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :

การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเดินไม่ได้เซล้ม แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ IV การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อข้างซ้ายลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และออกกำลังกายเองได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การพยาบาล

1. สอนให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

2. สอน แนะนำ ผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Active-passive exercise⁽⁷⁾

3. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายแขนขาข้างซ้ายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

4. ในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ผู้ป่วย

นอนศีรษะสูง 0-30 องศาศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง โดยนำหมอนมารองบริเวณท้ายทอย ใต้หัวไหล่และสะบัก ในข้างอ่อนแรงด้านซ้าย ข้อศอกเหยียดตรงหมุนออก ข้างนอก ข้อมือตรงหงายมือ นิ้วมือเหยียดออก ขาเหยียดตรง และหมุนขาเข้าด้านในเล็กน้อย นำหมอนใบเล็กหรือผ้าขนรองบริเวณก้นกบใช้ผ้าขนหนหรือหมอนรองใต้เท้าเพื่อให้ข้อเข่าเล็กน้อย ปลายเท้าใช้ผ้าขนหรือถุงมือใส่น้ำรองด้านข้างและส้นเท้าถึงข้อเท้า เพื่อให้เท้าตั้งตรง ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ตาตุ่มและส้นเท้า

5. ดูแลให้ประคับประคองแขน ขา ข้างซ้ายทุกครั้ง que ผู้ป่วยทำกิจกรรม

6. ไม่ควรดึงแขนขาข้างซ้ายเวลาเคลื่อนย้ายหรือจับจะทำให้ไหล่เจ็บและบวมได้ การดึงแขนขาข้างที่อ่อนแรงอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณข้อ เช่น กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น

7. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการนั่งห้อยขาหรือเข้าเป็นเวลานานๆ อาจทำให้เกิดอาการบวมที่เท้าและข้อเท้า และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ เช่น ข้อติดหรือแผลกดทับ นอกจากนี้การห้อยขาเป็นเวลานานยังอาจส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในบริเวณขาส่วนล่างซึ่งอาจนำไปสู่การบวมและอักเสบได้

8. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่างๆ

9. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความปลอดภัยในการหยิบอุปกรณ์และของใช้

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถขยับแขน ขา ข้างซ้ายได้มากขึ้น ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีแผลกดทับ ไม่พบข้อติด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :

เสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

ลิ้นแข็ง ปากเปี้ยว พูดไม่ชัด กลืนลำบาก

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการสำลักจากการรับประทานอาหาร น้ำ และยา

การพยาบาล

1. ประเมินภาวะการกลืนลำบากอย่างสม่ำเสมอ โดยสังเกตอาการสำลัก ขณะกลืนอาหารหรือน้ำ

2. ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนทุกวัน โดยให้ผู้ผู้ป่วยออกเสียง อา อุ อี อือ ออ บริหารลิ้น โดยดันลิ้นไปด้านข้างจนกระทั่งแก้ม ช้ำ ขวา ดันขึ้นจนเพดานปาก แลบลิ้น ครั้งละ 5 นาที ทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

3. สอนให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วย ในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน เช่น โจ๊กข้น โยเกิร์ตชั้นเจลลี่ หลีกเลียงอาหารประเภทเส้น เช่น เส้นขนมจีน เส้นก๋วยเตี๋ยว และอาหารที่มีลักษณะเป็นก้อนเหนียว เช่น ขนมชั้น ขนมเทียน เป็นต้น

4. จัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรงประมาณ 90 องศา และจัดศีรษะตั้งตรงขณะรับประทานอาหาร

5. ลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทานอาหาร เช่น ไม่ดูทีวีเพราะจะทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง

6. จัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็นได้

7. ให้ความรู้ในการรับประทานอาหารไม่ควรเร่งผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ไม่มีการสำลัก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :

เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

เพลียไม่มีแรง ปากเปื่อย ลิ้นแข็ง กลืนอาหารลำบาก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

การพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงจากอาการปากเปื่อย ลิ้นแข็ง กลืนอาหารลำบาก เพลียไม่มีแรง การให้สารน้ำจะช่วยเพิ่มปริมาณของเหลวในร่างกายทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยนำออกซิเจนและสารอาหารไปยังเซลล์สมองที่เสียหายได้มากขึ้น

2. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อนอย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์

3. สังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor)

4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

5. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายของผู้ป่วย

6. สังเกตอาการของการขาดสารอาหาร (Hypo-hyperglycemia)

7. เจาะเลือดติดตามระดับน้ำตาล ตามแผนการรักษา

8. ดูแลให้พักผ่อนและวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย อุณหภูมิที่สูงหรือต่ำเกินไปอาจส่งผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาทเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

9. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการรับประทานอาหารต่อการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติ ผลตรวจเลือดปกติ ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor) ปกติ น้ำหนักตัวอยู่ในระดับปกติหรือเพิ่มขึ้น

3. ภาวะฟื้นฟูสภาพ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 :

เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุหกล้ม เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยอ่อนแรง แขน ขา ข้างซ้าย เดินเซ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ผู้ป่วย ได้รับอุบัติเหตุหกล้ม

การพยาบาล

1. แนะนำให้จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สะดวก วางของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ หยิบใช้ได้สะดวก ปลอดภัย

2. ปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย เช่น การทำทางลาดไม่ให้มีพื้นต่างระดับที่บ้าน

3. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายแขน ขา ข้างซ้าย ทั้งแบบactiveและpassiveexerciseโดยมีญาติคอยช่วยเหลือ ทำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

4. สอนผู้ป่วย เกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าให้ช้าๆ

5. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงวิธีการทำให้ปลอดภัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 :

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน



ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติ ไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลการรักษา และกิจกรรมบำบัดได้ มีสับสนวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวล มีความรู้ในการดูแล และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้

การพยาบาล

1. ประเมินระดับความเข้าใจในการดูแลของผู้ป่วยและญาติ
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน
3. ให้ความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยกับญาติกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ให้ผู้ป่วยใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรงเท่าที่สามารถจะทำได้ ช่วยเหลือกิจกรรมเท่าที่จำเป็นที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้
4. แนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
5. ประเมินภาวะจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง
6. แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่องห้ามขาดยาหรือปรับยาเอง มาตามนัดตามแผนการรักษาของแพทย์
7. แนะนำการผ่อนคลายความเครียด
8. แนะนำการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องมีสับสนวิตกกังวล

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วย 5 ครั้ง โดยผู้ป่วยมาตามนัดที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการและรับยาต่อเนื่องหลังจากที่ให้การดูแลก่อนจำหน่าย โดยเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และญาติโดยใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) รูปแบบ Method model ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องยาผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปรับปรุงพื้นที่บ้านที่มีทางต่างระดับ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา

ญาติและผู้ป่วยออกกำลังตามที่นักกายภาพบำบัดแนะนำ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดมาตามนัดที่แพทย์นัดทุกครั้งไม่ขาดยา ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะของโรคและข้อจำกัดด้านสุขภาพ หลังจากผู้ป่วยมาตามนัดและรับยาต่อเนื่องครบ 5 ครั้ง ผู้ป่วยเดินได้ใช้ walker ช่วย แขนขาข้างซ้ายกำลังดีขึ้นแต่ยังมีอ่อนแรง ปากเบี้ยว น้อยลง รับประทานอาหารไม่ลำบาก พูดชัดขึ้นแต่ยังมีลิ้นแข็ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน ผีกให้ออกเสียง อา อ อี อือ ออ บริหารลิ้น แพทย์ให้ยากลับบ้าน และส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ

วิจารณ์

จากกรณีศึกษา เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่ระบบ stroke fast track ได้ การดูแลและฟื้นฟูสภาพในระยะ 3 เดือนแรกมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะสมองมีความสามารถในการปรับตัวและสร้างการเชื่อมต่อใหม่ได้ดีในช่วงนี้ ทำให้สามารถฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแล ฟื้นฟูสภาพ สอนทักษะต่างๆ และช่วยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพได้ครอบคลุม

บทสรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยปฏิบัติตัวหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และหากผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถเข้ามารับการรักษาได้รวดเร็วสามารถเข้าสู่ระบบ stroke fast track ได้ทันเวลาจะช่วยลดความพิการได้ เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เกินเวลาของระบบ stroke fast track การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน เมื่อเกิดอาการ อ่อนแรงแขน ขา มึนชา ตา มัว หน้าเบี้ยว ปวดหัว ลิ้นรัว เดินเซ ให้รีบมาโรงพยาบาล

เพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ป้องกันการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ควรมีการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล

3. ควรเน้นย้ำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด การทำกายภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และฟื้นฟูให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

4. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข ควรทำร่วมกับองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน เพื่อเป็นแรงผลักดันเพิ่มผู้ดูแลในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddcmoph.go.th/brc/new.php?news=37914 & deptcode=brc](https://ddcmoph.go.th/brc/new.php?news=37914&deptcode=brc)
2. Service plan stroke. ลดป่วยลดตายจากโรคหลอดเลือดสมอง. การประชุมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลท่าตะโก ครั้งที่1; 2567: โรงพยาบาลท่าตะโก. นครสวรรค์: คณะกรรมการ Service plan; 2567
3. ทติยา เทพขุนทอง, น้ำตาล แสนจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566;4:364.
4. การพยาบาล[อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]:[ม.ป.พ.]; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [nursing62.blogspot.com>news=37914&deptcode=brc](https://nursing62.blogspot.com/news=37914&deptcode=brc)
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง. แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ป.]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]; 9 เข้าถึงได้จาก: https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2551/nuad0951pm_ch2.pdf
6. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม. Gotoknow [อินเทอร์เน็ต]. Ben Ben, [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; [ม.ป.ป.]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/115427>
7. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2567