การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม: กรณีศึกษา

นฤมล คงสุพรรณ*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นโรคทางระบบประสาท ก่อให้เกิดความพิการ เป็นปัญหาต่อครอบครัวและสังคม ปัจจุบันการรักษาโรคเน้นการรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำเพื่อลดความพิการ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง 2 ปี มีประวัติการขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากน้ำตาลในเลือดสูง มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตัวเอง และเสี่ยงต่อปอดติดเชื้อจากการสำลัก ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัญหาทางการพยาบาลเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจึงใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม ในการดูแลร่วมกับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนากร และพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง นำมาซึ่งการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในทุกระยะของการดูแล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมดได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด, โรคร่วม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดการเสียหน้าที่ของระบบประสาทอย่างทันทีทันใด โดยมีสาเหตุจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือหลอดเลือดในสมองแตก[1] จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 795,000 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ 610,000 คน โดยเฉลี่ยทุก 40 วินาที จะมีคนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และเฉลี่ยทุก 4 นาทีจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คนโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามรองจากโรคหัวใจ และมะเร็ง[2] โดยในปีพ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย[3]

โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพนั้นลดลง เกิดการขาดเลือดหรือได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เนื้อสมองได้รับบาดเจ็บ หรือตายและ ไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้ 1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย โดยในระยะแรกจะมีความบกพร่องของระบบสั่งการ การรับความรู้สึกผิดปกติ สูญเสียการรับสัมผัส และผลกระทบในระยะยาว ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เป็นอัมพาต พร่องกิจวัตรประจำวัน การขับถ่ายผิดปกติ เป็นต้น 2) ผลกระทบเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิด ทำให้มีผลต่อความจำ ความเข้าใจ การตัดสินใจ และความผิดปกติของการสื่อภาษา มีการพูดไม่ชัด (dysarthria) เกิดความผิดปกติของการพูด (aphasia) ได้แก่ เข้าใจภาษา แต่ไม่สามารถพูดได้ (Broca’s aphasia) และ/หรือพูดได้ แต่ไม่รู้เรื่อง (Wernicke’s aphasia)[4] 3) ผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง[5] 4) ผลกระทบด้านครอบครัว และสังคม เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการจึงต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง ต้องเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกเป็นภาระ ร่วมกับผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เกิดการหย่าร้าง ความพิการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมได้ลดลง บทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง[6] และ 5) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยอาจต้องหยุดงาน ผู้ดูแลอาจต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ของในครอบครัว ผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ซึ่งมีทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ค่ายา ค่าผ่าตัด เป็นต้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อม ได้แก่ ค่าเดินทางในการไปรับการรักษา หรือไปรับยา[7] การรักษาจะเป็นการแก้ไขการอุดตันของเส้นเสือดสมองโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกร็ดเลือด และยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และ 2.การค้นหาสาเหตุในการอุดตันของหลอดเลือดและทำการรักษา การให้การพยาบาลในโรงพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ และ 2) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ โดยระดับความรู้สึกตัวสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง[8]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลเฉพาะโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม โดยการให้พยาบาลที่ดีและถูกต้องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจะต้องทราบถึงพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค อาการ การรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นความรู้ที่ถูกต้องในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และใช้กระบวนการทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดการพยาบาลอย่างเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นทั้งร่างกายจิตใจกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม จำนวน 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประเมินแบบแผนสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลและสรุปอภิปรายผลกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ ค้าขาย ที่อยู่ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี รูปร่างท้วม น้ำหนัก 55 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร BMI = 22.92 Kg/m^2 ร่างกายทั่วไปสะอาด ไม่มีรอยโรค

อาการสำคัญ เวียนศีรษะ บ้านหมุน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชาบริเวณแขนขาและใบหน้าด้านขวา ยกแขนไม่ขึ้น พูดไม่ชัด มุมปากด้านขวาตกเล็กน้อย ไม่ได้มารักษาที่โรงพยาบาล 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน ญาติจึงพามาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง 2 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช มีประวัติการขาดยา 1 เดือน

การตรวจร่างกายตามระบบ

การเคลื่อนไหวของร่างกายและการรับความรู้สึก: Motor power แขนขาขวา grade 4^+ แขนขาซ้าย grade 5

ระบบการหายใจ: ทรวงอกปกติการเคลื่อนไหวเท่ากันทั้งสองข้างอัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ไม่มีอาการเขียวที่ปากและปลายมือปลายเท้า

ระบบหัวใจและหลอดเลือด:ssชีพจรs82 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ความดันโลหิต 149/90 มิลลิเมตรปรอท เสียงการเต้นของหัวใจปกติไม่มีเสียงแทรก ไม่มีอาการ ที่แสดงถึงการขาดออกซิเจน เช่น เขียวที่ปากและปลายมือปลายเท้า

ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ พยักหน้าโต้ตอบได้ รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงได้ดีทั้ง 2 ข้าง

สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย 99 เปอร์เซ็นต์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล BUN, Cr, Electrolyte, Troponin-T, VDRL ปกติ CBC พบ WBC 10,410 cell/ cmm^3 (ค่าปกติ 5,000-10,000 cell/ cmm^3), FBS 166 mg/dl (ค่าปกติ 70-110 mg/dl), HbA_1C 11.1% (ค่าปกติ 4.8-5.9%), Triglyceride 208 mg/dl (ค่าปกติ < 150 mg/dl)

ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ CT NC : Acute Lacunar infarction are demonstrated in posterior aspect of pons and left thalamus.

การวินิจฉัยโรค Ischemic stroke

การรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยได้ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelet) และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหลอดเลือดอุดตัน ได้แก่ ASA (300) 1 tab oral OD เนื่องจากเกินเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) คือ 4.5 ชั่วโมง CT NC : พบ Acute Lacunar infarction are demonstrated in posterior aspect of pons and left thalamus ตรวจประเมิน NIHSS score 5 คะแนน ได้รับยาลดไขมันในเลือด Atorvastatin (40) 1 tab oral hs. ยารักษาโรคเบาหวาน Metformin (500) 1 tab oral tid. Pc., Glipizide (5) 2 tabs oral bid. Ac., Omeprazole (20) 1 tab oral bid. Pc. ได้รับ 0.9% Nacl 1000 ml iv drip rate 80 ml/hr. ตรวจหาน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารวันละ 4 ครั้ง (DTX ac+hs) และฉีด RI ตาม scale DTX จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 121-141 mg% ปรึกษาและทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ หลังจากได้รับการทำกายภาพบำบัดครบ 3 วัน แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้หลังรับรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน นัดตรวจ OPD อายุรกรรม 3 สัปดาห์ มียารับประทานกลับบ้าน คือ ASA (300) 1 tab oral OD, Folic acid 1 tab oral OD, Atrovastatin (40) 1 tab oral hs, Omeprazole (20) 1 tab oral OD, Metformin (500) 1 tab oral tid. pc., Nifedipine (10) 1 tab oral OD สรุปวันนอนในโรงพยาบาลรวม 4 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาลและข้อมูลต่างๆ สามารถสรุปการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลเมื่อแรกรับและขณะรับไว้ในการดูแล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปากเบี้ยวด้านซ้าย พูดไม่ชัด

2. motor power ขาขวา grade 4^{+} แขนขาซ้าย grade 5

3. ผลการตรวจ E=4 V=4 M=6

4. ผล CT พบ Acute Lacunar infarction are demonstrated in posterior aspect of pons and left thalamus. No Intracranial hemorrhage

วัตถุประสงค์ การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชาและอ่อนแรงครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ

2. ความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 120/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือตามสภาพที่เป็นไปได้

3. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย มากกว่าหรือเท่ากับ 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชาและอ่อนแรงครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ เพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองขาดเลือด

2. ประเมินการทำงานของหัวใจและปอดโดยฟังเสียงหัวใจเสียงปอด สอบถามอาการเจ็บหน้าอก อาการบวม ตรวจคลื่นหัวใจ และติดตามผลว่ามีหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจแสดงถึงการมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงได้[9]

3. ประเมินสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท สังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการ อาการแสดงของการมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ความรู้สึกตัวลดลง pulse pressure กว้าง ชีพจรช้า หายใจไม่สม่ำเสมอ ปวดศรีษะ อาเจียน

4. ลดความดันภายในกะโหลกศีรษะและป้องกันไม่ให้ความดันเพิ่มขึ้นโดย

4.1จัดท่าศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา หลีกเลี่ยงการงอข้อตะโพกมากเกินไป ทำให้ความดันในช่องท้องและช่องอกเพิ่มขึ้น จัดให้คอและศีรษะอยู่ในแนวตรงไม่บิดงอ

4.2 แนะนำไม่ให้ผู้ป่วย เบ่ง จาม หรือไอแรงๆ เพราะจะเพิ่มความดันในช่องอก

4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน ไม่รบกวนผู้ป่วยเกินความจำเป็น เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนของผู้ป่วย

4.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ขจัดเสมหะข้างๆ เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนของผู้ป่วย

4.5 ดูแลให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิปกติเช็ดตัวลดไข้ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ในกรณีที่มีไข้

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน Canular 3 l/m ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายอย่างเพียงพอ

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin (300) 1 tab oral OD ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชาและอ่อนแรงครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 149/90 มิลลิเมตรปรอท พูดชัดขึ้น E=4 V=5 M=6 ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย 99%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปากเบี้ยวด้านซ้าย พูดไม่ชัด
2. motor power ขาขวา grade 4^+ แขนขาซ้าย grade 5
3. ผลการตรวจ E=4 V=4 M=6
4. ผล CT พบ Acute Lacunar infarction are demonstrated in posterior aspect of pons and left thalamus. No Intracranial hemorrhage

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ตาพร่ามัว ซึมลง Glasgow coma score ลดลงเกิน 2 คะแนน กระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 120/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ตาพร่ามัว ซึมลง Glasgow coma score ลดลงเกิน 2 คะแนน กระสับกระส่าย ชีพจรช้า pulse pressure กว้างเกิน 50 mmHg หากพบอาการดังกล่าวรีบรายงานแพทย์ทันที[10]

2. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา หน้าไม่เอียง พับหรืองอ เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอและไหลเวียนกลับได้ดี ลดการคั่งค้างของเลือด อันเป็นสาเหตุให้เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง[10]

3. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง รักษาระดับ BP<220/120 mmHg MAP 80-100 mmHg หาก BP>220/120 mmHg หรือ MAP>130 mmHg รายงานแพทย์เพื่อการรักษาต่อไป

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O_2 canular 3 LPM เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมอง

5. สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาทและสมองทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง หาก Glasgow coma score ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนรายงานแพทย์รับทราบทันที หากอาการคงที่หรือดีขึ้น ปรับเป็นสังเกตทุก 2 ชั่วโมง[10]

6. ดูแล On 0.9% NSS 1,000 ml. vein drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ดูแลให้ได้รับยา Nifedipine (10) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า ตามแผนการรักษาของแพทย์

8. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น การไอ จามแรงๆ การเบ่งถ่ายอุจจาระ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

9. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียง ทำกิจกรรมเท่าที่จำเป็น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

การประเมินผล

ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ตาพร่ามัว ซึมลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงและมีอาการกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า กลืนอาหารไม่ค่อยลง
2. ตรวจร่างกายพบมุมปากด้านซ้ายตก พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก
3. ขณะดื่มน้ำทางปาก มีสำลักนานๆ ครั้ง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอาการสำลักและไม่เกิดภาวะปอดติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับประทานอาหารไม่มีอาการสำลัก
2. Gag reflex positive กลืนอาหารได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกตัวและการควบคุมท่าทาง การเรียกตื่น ทำตามคำสั่งได้ และความสามารถทรงตัวนั่งอยู่ในท่าศีรษะสูง 60 องศาเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบาก

2. ประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การไอ การเปล่งเสียง การกลืนน้ำลาย การใช้ลิ้น และการหายใจ เพื่อประเมิน การทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องในการกลืนและภาวะกลืนลำบาก

3. ทดสอบการกลืนน้ำซึ่งประกอบด้วย สอง ขั้นตอนคือการจิบน้ำ 1 ช้อนชา กับการดื่มน้ำจากแก้ว 90 มิลลิลิตร เพื่อประเมินและทดสอบการกลืนน้ำ

4. จัดท่านอนศีรษะสูงหรือนั่ง 90 องศา ก่อนการรับประทานอาหาร และหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการสำลัก[11]

5. ดูและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ หรือจัดอาหารที่มีกาก อาหารควรมีความหนืด ไม่ควรจัดอาหารที่เป็นน้ำเพื่อป้องกันการสำลัก

6. ดูแล ป้อนอาหาร ผู้ป่วยในปาด้านที่ไม่มีการอ่อนแรง และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นกวาดอาหารที่อยู่ในปากด้านเสียหลังเคี้ยวอาหารแต่ละคำ เพื่อป้องกันการคั่งค้างของอาหารลดการสำลัก

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อบริเวณกระพุ้งแก้ม โดยใช้ไม้กดลิ้นพันด้วยกดนวดบริเวณกระพุ้งแก้ม และให้ผู้ป่วยฝึกเป่าล่มหรือเป่าลูกปิงปองบ่อยๆ เพื่อส่งเสริมทำให้กล้ามเนื้อกระพุ้งแก้มแข็งแรงขึ้น สารถลดความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารได้

8. ติดตามประเมินผู้ป่วยร่วมกับการฝึกกลืนของนักกิจกรรมบำบัด เพื่อให้สามารถส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำและอาหารได้ โดยไม่มีอาการสำลัก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 2 ปี

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HbA1C 11.1 mg/dl, FBS 166 mg%

วัตถุประสงค์ เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดเป็นกรด ได้แก่ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หายใจหอบลึก ซึมลง หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ

2. ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วงระหว่าง 70-110 mg%

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80-140/90 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน สังเกต และบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ได้แก่ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หายใจหอบลึก ซึมลง หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ[12]

2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อให้ทราบถึงภาวะเลือดเป็นกรดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อให้ทราบถึงปริมาณปัสสาวะของผู้ป่วยใช้ในการประเมินภาวะเลือดเป็นกรด

4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน เช่นอาหารที่มีระดับน้ำตาลต่ำ คาร์โบไฮเดรตต่ำ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณน้ำตาลมากเกินกว่าความต้องการของร่างกาย

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% Nacl 1000 ml iv drip rate 80 ml/hr. เพื่อรักษาระดับน้ำในร่างกาย และป้องกันการขาดน้ำของผู้ป่วยจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

4. ติดตามและบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือด 3 เวลาก่อนอาหาร และก่อนนอนเพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอสม่ำเสมอ

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Complete blood count (CBC), blood urea nitrogen (BUN), creatinine (Cr), ฮอตโมลาริตีของซีรัมและคีโตน ติดตามผล arterial blood gas เพื่อติดตามค่าความเป็นกรด-ด่างของเลือด

5. ดูแลให้ได้รับยาลดระดับน้ำตาลเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายได้เหมาะสม ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดเป็นกรด ได้แก่ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หายใจหอบลึก ซึมลง หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ผลตรวจน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในช่วงระหว่าง 136-140 mg% ไม่มีภาวะ Hyper-hypoglycemia สัญญาณชีพปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายเนื่องจากสมองขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มุมปากด้านซ้ายเบี้ยวพูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก

2. แขนขาซ้ายอ่อนแรง grade 4^{+} แขนขาขวา grade 5

3. ผล CT scan : Acute Lacunar infarction are demonstrated in posterior aspect of pons and left thalamus. No Intracranial Hemorrhage.

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ เช่น การเช็ดตัวบนเตียง ล้างหน้า แปรงฟัน การลุกนั่ง การเข้าห้องน้ำ

2. ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน หรือการช่วยในการบำบัด การออกกำลังกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index ในระยะแรกรับและขณะที่อยู่ในความดูแล[13]

2. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุโดยโหมดระดับหัวเตียงให้ต่ำลง และยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล รวมทั้งจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม

3. กระตุ้นผู้ป่วยในการลดความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยให้การพยาบาลผู้ป่วย ในข้างที่

ผู้ป่วยอ่อนแรง จัดวางสิ่งของและสิ่งแวดล้อม ที่ผู้ป่วยสะดวก ในข้างที่ผู้ป่วยอ่อนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจในส่วนของร่างกายด้านที่เป็นอัมพาตของตนเองและส่งเสริมให้มองสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวเพิ่มมากขึ้น

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบและขจัดสิ่งที่จะเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยหรือสิ่งกีดขวางที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นให้เร็วที่สุด ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการช่วยส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการเช็ดตัวบนเตียง ล้างหน้า แปรงฟัน การลุกนั่ง การเข้าห้องน้ำ

6. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงการรับรู้ที่บกพร่อง โดยแนะนำให้ผู้ป่วยหันศีรษะไปรอบๆ โดยเฉพาะหมุนไปทางด้าน เสียของร่างกายเพื่อให้สามารถกวาดสายตาไปโดยรอบเพื่อเห็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวกระตุ้นให้มีการหันมองด้านเสียของร่างกาย ใช้มือข้างที่ดีลูบแขนด้านเสียกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายแขนขาข้างเสียแบบ passive exercise อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และติดตั้งกระจกไว้เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพตนเองเพื่อช่วยในการปรับท่าทาง

7. ประสานกับนักกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด ที่เกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัดและการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น สามารถ เช็ดตัวบนเตียง ล้างหน้า แปรงฟัน การลุกนั่ง การเข้าห้องน้ำ ได้เองโดยญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากเนื้อเยื่อสมองมีความเสียหายจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง
2. แขนขาซ้ายอ่อนแรง grade 4 แขนขาขวา grade 5
3. ผล CT พบ Acute Lacunar infarction are demonstrated in posterior aspect of pons and left thalamus. No Intracranial hemorrhage

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และสามารถเข้าใจความหมายในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และสามารถเข้าใจความหมายในการสื่อสาร
2. ผู้ป่วยใช้อวัจนะภาษาในการสื่อสารได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการสื่อสารของผู้ป่วย รวมทั้งความสามารถ ในการเข้าใจภาษา การพูด การอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถวางแผนในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้เหมาะสม

2. สื่อสารผู้ป่วยโดยใช้คำถามที่สั้นและง่าย เช่น การให้ผู้ป่วยตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ควรถามทีละอย่างเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสับสน และใช้วิธีการชี้หรือใช้ท่าทางช่วยในการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร และบอกความหมาย ความต้องการได้ดีขึ้น

3. ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสาร ไม่แสดงท่ารีบเร่ง หรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยหาคำพูดหรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารของตนเอง

4. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะบอกหรือแสดงความต้องการของตนเอง

5. หลีกเลี่ยงหรือไม่ตำหนิกับคำที่ผู้ป่วยพูดผิด หรือแสดงท่าทีล้อเลียนผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอาย และ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถแสดง หรือบอกความต้องการของตนเองได้มากขึ้น

6. ใช้คำพูดที่นุ่มนวลอ่อนโยน และไม่ใช้เวลาในการสนทนานานเกินไป เพื่อลดความยากลำบากในการสนทนาในแต่ละครั้ง

7. หลีกเลี่ยงไม่ให้มีกิจกรรมอื่นมาแทรกหรือกระตุ้นเนื่องจากเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากการสนทนา และในการสนทนาแต่ละครั้งควรใช้น้ำเสียงพูดปกติใช้ภาษาง่ายๆพูดจาช้าๆชัดถ้อยชัดคำ ไม่ควรตะโกนเสียงดัง และพูดซ้ำผู้ป่วยไม่เข้าใจ

8. เตรียมอุปกรณ์ต่างๆไว้ช่วยในการสื่อสารเช่นรูปภาพกระดาษดินสอไว้ให้ผู้ป่วยเขียน เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยกันบ่อยๆ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสื่อสาร กับ คนในครอบครัวและบุคคลอื่น รวมทั้งหลีกเลี่ยงการสนทนาที่ต้องแสดงความคิดเห็นโต้แย้งหรือใช้อารมณ์

การประเมินผล

ผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้นและสามารถเข้าใจความหมายในการสื่อสาร

ระยะที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่า “ฉันจะกินอาหารอะไรได้บ้าง”

2. ผู้ป่วยและญาติถามว่า “ต้องมากายภาพบำบัดไหม ต้องกินยาอย่างไรบ้าง กินยาเดิมเลยไหม”

3. ญาติซักถามเกี่ยวกับโรค โปรแกรมการฟื้นฟู และกิจกรรมบำบัดทุกวัน

วัตถุประสงค์ ญาติมีความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับอาการของโรค แนวทางการรักษาและการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2. อธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ และอาการของโรคตลอดจนแนวทางการรักษาที่ได้รับ พร้อมให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์และพยาบาลอย่างปลอดภัยและดีที่สุด

3. ให้ความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยแก่ญาติ แจ้งญาติและผู้ป่วยล่วงหน้า เตรียมความพร้อมในแต่ละวันร่วมกัน พยาบาลหมั่นเข้าไปเยี่ยม พูดคุย สร้างความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟู และใช้กระบวนการพยาบาล

เป็นแนวปฏิบัติ คือเริ่มตั้งแต่ประเมินความต้องการของผู้ป่วยครอบครัว นำมาวางแผนเพื่อนำสู่การปฏิบัติ แผนการจำหน่ายที่ใช้คือหลัก DMETHOD[13] เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน

D: Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสาเหตุ และการป้องกันอธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด

M: Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเก็บรักษายาของผู้ป่วย การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยาแนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยห้ามขาดยาโดยเด็ดขาด

E: Environment ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวของผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ

T: Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ ดูแลให้พักผ่อนเต็มที่ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยไม่หักโหม

H: Health สุขอนามัย แนะนำวิธีการอาบน้ำ การดูแลความสะอาดปากและฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ตื่นนอนและก่อนนอน) ควรใช้แปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม ล้างปากและฟันให้สะอาด เพื่อป้องกันปากเป็นแผล และส่งเสริมให้มีน้ำลาย ความชื้นภายในช่องปาก และสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

O: Outpatient Referral การส่งต่อและการติดตามการรักษา ถ้ามีนัดแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดถึงแม้ว่าจะรู้สึกสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ก็ตาม แนะนำอาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ให้เบอร์โทรศัพท์สอบถามข้อสงสัยต่างๆ และบอกแหล่งของความช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหาหรือโทรฉุกเฉิน 1669

D: Diet รับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

4. ให้การแนะนำในการดูแลตนเอง เช่น การตรวจสุขภาพของตนเอง การวัดความดันโลหิต เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค การสังเกตอาการผิดปกติ เช่นอาการแขนขาอ่อนแรง ซึม พูดไม่ได้ กลืนลำบาก หรืออาการชัก รวมทั้งแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร งดอาหารเค็ม หมักดอง และอาหารที่มีไขมันสูง[14] การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น

5. ให้ความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยแก่ญาติ แจ้งญาติและผู้ป่วยล่วงหน้า เตรียมความพร้อมในแต่ละวันร่วมกัน พยาบาลหมั่นเข้าไปเยี่ยม พูดคุย สร้างความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟู และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติ คือเริ่มตั้งแต่ประเมินความต้องการของผู้ป่วยครอบครัว นำมาวางแผนเพื่อนำสู่การปฏิบัติ แผนการจำหน่ายที่ใช้คือหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่บ้าน[16]

6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายและแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

7.sกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้อุปกรณ์ในการทำกิจกรรมต่างๆsเช่นsอุปกรณ์ช่วยเดินsตามที่ได้ฝึกมาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้อย่างอิสระในการดำเนินชีวิตต่อไป

8. รับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่ผู้ป่วย/ญาติอยากรู้ด้วยความสนใจ

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอรโดยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสนใจและสนุกสนาน

10.sประสานงานและเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการในชุมชนรหรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพื่อวางแผนให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงแสดงความเข้าใจการเกิดโรคและแผนการรักษา สามารถบอกถึงสิ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันและวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ระยะที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดและภาวะแทรกซ้อนและเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่า “ฉันจะกินอาหารอะไรได้บ้าง”
2. ผู้ป่วยและญาติถามว่า “อาหารประเภทไหนที่กินไม่ได้บ้าง”
3. รายเยี่ยมบอกว่า “ชอบกินทุกอย่างเลย และไม่รู้ว่าจะต้องบริหารร่ายกายไปทำไม”
3. ญาติซักถามเกี่ยวกับยาและแผนการรักษา
4. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง 2 ปี และโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ มีความรู้ในการดูแลตนเอง และปฏิบัติตัวเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงการดูแล โดยการสร้างช่องทางการสื่อสารรวมกัน เช่น ไลน์ โทรศัพท์ EMS member club และระบบแจ้งเหตุด่วน 1669

2. สอบถามถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

3. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง แนะนำให้รับประทานอาหารครบทุกมื้อ ตรงเวลา รับประทานผัก และผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม ไม่รับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลและคาร์โบไฮเดรตสูง

4. ให้คำแนะนำในการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร โดยไม่ควรรับประทานเกลือโซเดียมเกินวันละ 2 กรัม ประเภทอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเครื่องปรุงรสต่างๆ ผงชูรส ไข่เค็มของหมักดองอาหารกระป๋อง หรืออาหารที่มีส่วนผสมของผงฟู เช่น ขนมสาลี่ ขนมถ้วยฟู ขนมปัง เป็นต้น

5. ให้คำแนะนำในการเลือกรับประทานผักผลไม้ที่ให้พลังงานตาม เช่น ผักใบเขียวต่างๆ ได้แก่ คะน้า ผักบุ้ง ผักกาด เป็นต้น ไม่รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจาก เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ เงาะ มะขามหวาน เป็นต้น

6. ให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว เกียมอี๋ วุ้นเส้น เผือก มัน ขนมหวาน และการปรุงรสอาหารควรใช้วิธีต้มนึ่งแทนการผัดหรือทอด

7. ให้คำแนะนำในการควบคุมอาหารไขมัน โดยใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น ไม่ควรใช้น้ำมันจากสัตว์เพราะเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวมีสารโคเลสเตอรอลสูง ทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิ หอยนางรม ไข่แดง อาหารที่มีมันมาก เช่นข้าวขาหมู หนังเป็ด หนังไก่ หนังหมู มันปู มันกุ้ง เครื่องในสัตว์ทุกชนิด เป็นต้น

8. ให้คำแนะนำในการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ป่วยบริหารด้วยตนเอง ทั้งร่างกายในด้านที่อ่อนแรง และในด้านที่ปกติ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อช่วยในการบริหารร่างกาย และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

9. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ควรทำจิตใจให้แจ่มใส หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ การพักผ่อนให้เพียงพอโดยเฉพาะการนอนหลับให้สนิท ถ้ามีความเครียดสูงควรปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

10. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่หยุดยาเอง แม้ว่าจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมาย ไม่ควรซื้อยา หรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือสารสกัดจากสมุนไพรมารับประทานเอง รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของของยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

11. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการของตนเอง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของภาวะเลือดเป็นกรด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนและไปพบแพทย์ได้อย่างทันท่วงที

12. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

13. ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม.ประจำหมู่บ้าน ในการ ประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม กับปัญหาของผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เข้าใจเรื่องการดำเนินของโรค การรักษา การป้องกัน การฟื้นฟู นอกจากนี้ยังร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีโรคร่วม เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและมีประสบการณ์ที่จะประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต เพราะผู้ป่วยรายนี้ขาดยาลดความดันโลหิตสูง 1 เดือน และมีอาการแบบเฉียบพลัน 5 วัน

ก่อนมาโรงพยาบาล จึงควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและจำคำสำคัญ “FAST” เมื่อเกิดอาการจะได้ทราบว่าต้องรีบมาโรงพยาบาลให้ทันภายใน 4.5 ชั่วโมง เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดอัตราการตาย ความพิการ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้มาก นอกจากนี้การดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

กรณีศึกษาเคสนี้น่าสนใจ เพราะเป็นผู้ป่วยที่มาเกินเวลา 4.5 ชั่วโมง มีโรคประจำตัวได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง สรุปผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด แต่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดแทน (ASA (300) 1 tab oral pc) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค เช่นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปอดอักเสบจากการสำลัก ไม่เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้รับการทำกายภาพบำบัด สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

กรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง 2 ปี มีประวัติการขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากน้ำตาลในเลือดสูง มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตัวเอง และเสี่ยงต่อปอดติดเชื้อจากการสำลัก ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัญหาทางการพยาบาลเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจึงใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม ในการดูแลร่วมกับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนากร และพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง นำมาซึ่งการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในทุกระยะของการดูแล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมดได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีโรคร่วม จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์อายุรกรรมประสาท แพทย์อายุรกรรมทั่วไป เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนากรและพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การสนับสนุนและช่วยเหลือในการฝึกทำกายภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด การพยาบาลต้องมีความเฉพาะเจาะจง การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม พบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวได้แก่โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง พบปัญหาสำคัญได้แก่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ข ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตัวเอง และอาจเกิดปอดติดเชื้อจากการสำลัก

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์อายุรกรรมประสาท แพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนากรและพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การสนับสนุนและช่วยเหลือในการฝึกทำกายภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด การพยาบาลต้องมีความเฉพาะเจาะจง การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

การจัดทำผลงานกรณีศึกษา เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วม” พบว่ายังมีข้อจำกัดสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โดยสามารถสรุปข้อค้นพบเพื่อเสนอแนะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1. พยาบาลควรต้องมีความรู้ในการประเมิน วินิจฉัย และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วมได้อย่างทันท่วงที พร้อมทั้งวางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา รวมทั้งการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งมีส่วนสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านตลอดจนการมาตรวจตามนัด

2. ควรมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีโรคร่วมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Gorelick, P. B., Burden of stroke and risk factors. In N. M. Bornstein (Ed.), Stroke: Practical guide for clinicians (pp.9-23). Basel: Karger Medical and Scientific Publishers; 2009.
2. Januszewicz, L., & Buesch, B. Neurologic disorders and therapeutic management. Critical care nursing: Diagnosis and management (7th ed., pp. 646-680). Missouri: Elsevier Health Sciences; 2014.
3. เจียมจิตรแสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง.rพิมพ์ครั้งที่r2.rขอนแก่น:rโรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท; 2552.

4. Silverman, I. E., & Rymer, M. M. Stroke basics. In I. E. Silverman, M. M. M. Rymer, & L.M. Ruilope. (Eds.), Blood pressure management and stroke: Visual guide for clinicians. Oxford: Atlas Medical Publishing; 2012.
5. ก้องเกียรติ กูณฑ์กันทรากร. (บรรณาธิการ). ประสาทวิทยาทันยุค.กรุงเทพฯ: บริษัท นีโอ ดิจิตอล จำกัด; 2554.
6. Daniel, K., Wolfe, D.A., Busch, M. A. & McKevitt, C. What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. Stroke, United States of America (USA), 40, 431-440. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.534487; 2009.
7. McClean, S., Gillespie, J., Garg, L., Barton, M., Scotney, B., & Kullerton, K. Using phase-type models to cost stroke patient care across health, social and community services European Journal of Operational Research. 2014;236(1):190-199.
8. พรพิมล มาศสกุลพรรณและคณะ. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2559.
9. นลินี พสุคันธภัค, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
10. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
11. ดิษยา รัตนากร. Current Practical Guide to Stroke Management. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย; 2554.
12. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2557.
13. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.