การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ : กรณีศึกษา

สุภสนอง รัตนานันท์*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นความผิดปกติของระบบประสาทเนื่องจากสมองขาดเลือดมาเลี้ยง โดยมีอัตราตายสูง และเป็นสาเหตุความพิการในผู้ที่รอดชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 76 ปี มาด้วยอาการ 6 วันก่อนมาโรงพยาบาล แขนขาแถบขวาอ่อนแรงมากกว่าเดิม พูดน้อยลง มีไข้ต่ำๆ ไอบางครั้ง 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูงขึ้น ไอมากขึ้น เหนื่อย ญาติจึงพามาตรวจ โรคประจำตัว HT, DLP, AF, Old CVA จากประวัติเดิมพบผู้ป่วยเคยผ่านวิกฤติด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมาแล้วเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมาและเป็นเหตุทำให้ต้องนอนติดเตียง ครั้งนี้กลับเป็นซ้ำ และมีภาวะแทรกซ้อนคือปอดอักเสบร่วมด้วย แพทย์วินิจฉัย Recurrent Stroke c Pneumonia ให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบปัญหาในขณะผู้ป่วยอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะก่อนตรวจ พบปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินขณะรอตรวจเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองและปอด เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ ระยะขณะตรวจ พบปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนขณะรอตรวจและขณะเข้าตรวจกับแพทย์ ระยะหลังตรวจพบปัญหาญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ ระยะเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยพบปัญหา เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงอาการขณะเคลื่อนย้าย ระยะติดตามอาการวันมาตรวจตามนัดพบปัญหา เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นแผนกแรกที่พบผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญมากทั้งในการดูแลผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามกระบวนการหลักที่วางไว้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในขณะอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก และที่สำคัญพยาบาลวิชาชีพต้องให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติซึ่งรวมถึงการให้กำลังใจญาติด้วย ซึ่งส่วนมากญาติจะอยู่ในภาวะเครียด วิตกกังวล หมดกำลังใจ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติเกิดกำลังใจมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป และในระยะยาวญาติที่มีความมุ่งมั่นจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเอง ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระกับสังคมในโอกาสต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค[1] กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี

โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี มีขนาด 720 เตียง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ปี 2564-2566 จำนวน 1,616 ราย, 1,632 ราย และ 1,762 รายตามลำดับ จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว แต่พยาบาลยังคงมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีกระบวนการสร้างความเข้าใจในการปรับตัวและปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะ สุขภาพและความผาสุกในชีวิต การดูแลตนเองเป็นการทำหน้าที่ของบุคคล ที่ต้องมีการเรียนรู้ เป็นการกระทำอย่างจงใจ ต้องมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย เช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลตนเองในหลายๆด้าน[2] เช่น การรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา การทำกายภาพบำบัด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้กลับเป็นซ้ำ ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ก็ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ดังนั้นการจัดการที่ดีทางด้านการพยาบาล การประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและญาติ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดกลับเป็นซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ ในโอกาสต่อไป

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด[3] หมายถึงกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นทันทีอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากการลดลงของการไหลเวียนเลือด ซึ่งเกิดขึ้นจากการถูกขัดขวางการจัดส่งออกซิเจนเข้าสู่สมอง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อระบบประสาทในสมอง ทำให้เซลล์สมองขาดไกลโคเจน ดังนั้นพลังงานจะลดลงอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมอง

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง[4]

แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งเป็น 2 ปัจจัย[5] ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดเร็วกว่าปกติ

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่เคยมีประวัติการรักษาภาวะสมองขาดเลือดชั่วขณะ (TIA) ผู้ที่ดื่มสุรา และสูบบุหรี่

อาการและอาการแสดง แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่[6]

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Secondary treatment)

ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายนั้น ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีกภายใน 5 ปี การป้องกันที่ดีที่สุดคือ การลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต[7] เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะผัก ผลไม้ ที่มีไฟเบอร์สูง และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่ และงดแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ยังควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ได้แก่ ควบคุมระดับคลอเลสเตอรอล ควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง และตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง

เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษารายนี้ เนื่องจากกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนคือปอดอักเสบร่วมด้วย ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลเป็นอย่างสูง เพราะผู้ป่วยเพิ่งผ่านวิกฤติด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาได้ 1 เดือน และเป็นเหตุให้ต้องนอนติดเตียง ญาติมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งก่อนจะกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยยกแขนขาแถบขวาได้ดีขึ้น พูดได้พอรู้เรื่อง ถึงแม้จะรับประทานอาหารทาง NG tube อยู่ก็ตาม เมื่ออาการแย่ลง คือมีอาการพูดน้อยลง แขนขาแถบขวาอ่อนแรงมากขึ้น ญาติไม่แน่ใจว่าเป็นอาการที่เกี่ยวกับหลอดเลือดสมองเหมือนเดิมหรือไม่ เพราะผู้ป่วยมีไข้และไอร่วมด้วย ทำให้ญาติคิดว่าอาการไข้ ไอ ทำให้ผู้ป่วยเพลียจนไม่อยากยกแขนขา ญาติจึงพามาโรงพยาบาลช้ากว่า 4.5

ชั่วโมง ทำให้พลาดโอกาสในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งผู้ป่วยยังมีโรคประจำตัวได้แก่ HT DLP AF ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้หากญาติให้การดูแลไม่ดี ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอกจึงมีบทบาทสำคัญ ในการที่จะให้ความรู้แก่ญาติ ให้ญาติเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้ รวมทั้งต้องแนะนำญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้ถูกต้องตามมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำด้วยโรคนี้อีก และผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการหลักที่แผนกผู้ป่วยนอก คือระยะก่อนตรวจ ,ระยะขณะตรวจ, ระยะหลังตรวจ, ระยะเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วย และ ระยะติดตามอาการวันมาตรวจตามนัด ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงญาติต้องมีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลผู้ป่วยไม่ให้กลับเป็นซ้ำได้อีก และที่สำคัญญาติต้องสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองให้ได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล [8]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ ในช่วงเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ 2566 เลือกผู้ป่วยเฉพาะเจาะจง 1 ราย มีการประเมินภาวะสุขภาพ และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัย เกี่ยวกับ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ

3. รวบรวมข้อมูลจากญาติ ประเมินปัญหาภาวะสุขภาพ ความต้องการทางการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลในระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจ ระยะหลังตรวจ ระยะเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และระยะติดตามอาการวันมาตรวจตามนัด

4. นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา ประเมินผล และสรุปอภิปรายผล และนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้างทั่วไป สิทธิการรักษาบัตรทองในเขต ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือสารใดๆ ไม่เสพสารเสพติดใดๆ

อาการสำคัญ ไข้ ไอ เหนื่อย 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 6 วันก่อนมาโรงพยาบาล แขนขาแถบขวาอ่อนแรงมากกว่าเดิม พูดน้อยลง มีไข้ต่ำๆ ไอบางครั้ง ญาติ Feed Paracetamol (500 mg.) 2 tab oral prn. ไม่ได้พาไปรักษาที่ใด 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูงขึ้น ไอมากขึ้น เหนื่อย ญาติจึงพามาตรวจ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว HT, DLP, AF, Old CVA รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

การตรวจร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ **:** อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94 %

ลักษณะทั่วไป : น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 23.05 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ศีรษะและใบหน้า: ศีรษะอยู่กึ่งกลางลำตัว มีความสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง ใบหน้าแถบขวาเอียงเล็กน้อย หนังตาขวาตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2.5 มิลลิเมตร

ปาก: มุมปากขวาเอียงเล็กน้อย ริมฝีปากไม่แตก ไม่มีรอยโรคที่มุมปาก ภายในปากไม่มีแผล

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตรกันดี ไม่มีอกบุ๋ม การเคลื่อนไหวของทรวงอกสอดคล้องกับลักษณะการหายใจเข้าออก ลักษณะการหายใจเร็วแต่สม่ำเสมอ มีเสียงเสมหะในคอ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง แขนซ้าย grade 4 แขนขวา grade 3 ขาทั้ง 2 ข้าง grade 4

ระบบประสาท: $E_4V_3M_5$ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาแต่ไม่ทำตามสั่ง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ผลการตรวจ EKG : AF

ผลการตรวจ CXR : infiltration right lung

ผลการตรวจ CT brain : Subacute left MCA infarction involving left corona radiata and basal ganglion with almost resolution of hemorrhagic transformation at left lentiform nucleus

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 1 CBC พบ Hematocrit 44.8%, Hemoglobin 15.4%, WBC 13,700 cell/uL, Platelet count 305,000 cell/uL, Sugar 117 mg/dL , BUN 21 mg/dL, Creatinine 0.89 mg/dL, EGFR 83.05 ml/min/1.73m^2 Electrolyte พบ Sodium 135.2 mmol/L, Potassium 4.5 mmol/L, Chloride 101 mmol/L, CO_2 20.2 mmol/L, PT 15.6 seconds , INR 1.28 Health , PTT 24 seconds , Troponin–I 2.33 ng/L UA พบ WBC 1-2 cells/HPF, RBC 0-1 cells/HPF , Bacteria moderate SAR Negative, Hemoculture ขวดที่ 1 No growth after 5 day , ขวดที่ 2 No growth after 5 day

วันที่ 2 FBS 102 mg/dL Lipid profile พบ Cholesterol 96 mg/dL, Triglyceride 58 mg/dL,HDL 28 mg/dL, LDL 56 mg/dL LFT พบ Total protein 6.2 g/dL ,Globulin 3.4 g/dL, Albumin 2.8 g/dL

,Total bilirubin 0.88 mg/dL, Direct bilirubin 0.14 mg/dL, SGOT 28 U/L ,SGPT 41 U/L ,Alkaline phosphatase 59 U/L , VDRL non-reactive, Lactate 32008 = 1.1 mmol/L, NT-Pro BNP 357 pg/ml

วันที่ 3 PT 20.2 seconds , INR 1.69 Health, BUN 14 mg/dL, Creatinine 1.14 mg/dL, EGFR 62.12 ml/min/1.73m^2

การวินิจฉัยโรค Recurrent stroke c pneumonia

การรักษาของแพทย์

ผู้ป่วย Admit ที่ตึก Stroke unit ส่งทำ CT brain non contrast Emergency ตรวจประเมิน NIHSS score = 4 คะแนน ส่ง CXR EKG เจาะ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR, Trop T , UA , Hemoculture 2 ขวด ให้ IVF 0.9% NaCl 1000 ml. iv drip 80 ml/hr. ผู้ป่วย ไอ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที SpO_2 = 93-94 % on O_2 Cannular 5 Lit/min ไว้ และ พ่น Berodual 1 NB stat c prn. ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ (rt-PA) เนื่องจากเกินเวลาในการให้ยา คือ 4.5 ชั่วโมง การรักษาที่ได้รับ จึงให้ยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด คือ Warfarin (3) 0.5 tab oral hs. ทุกวันจันทร์ ,พุธ ,ศุกร์,เสาร์ ให้ยาลดไขมันในเลือด Atorvastatin (40) 0.5 tab oral hs. ,ให้ยาลดความดัน Atenolol (50) 0.5 tab oral pc เช้า ,Folic acid 1 tab oral OD.pc , Vit B complex 1 tab oral pc เช้า , ให้ ATB Tazosin 4.5 gm iv ทุก 6 hrs. On NG tube for feeding ให้ BD 250 ml × 4 feed plan ส่งปรึกษากายภาพบำบัดพรุ่งนี้

วันที่ 2 ผู้ป่วยยังมีไอ หายใจเหนื่อย on O_2 Cannular 5 ลิตร/นาที ให้ 0.9% Nacl 1000 ml iv drip rate 60 ml/hr. On NG tube for feeding รับได้ ส่งปรึกษา Cardiologist เนื่องจากเป็น case recurrent stroke c AF on warfarin แพทย์ Cardio ตรวจดูแล้วให้ยาตาม order เดิม ส่งปรึกษากายภาพบำบัด

วันที่ 3 ผู้ป่วยยังมีไอ แต่เหนื่อยน้อยลง on O_2 Cannular 5 ลิตร/นาที ให้ IVF เดิม On NG tube for feeding ให้ BD 250 ml × 4 feed รับได้ ส่งไปทำกายภาพบำบัด plan D/C พรุ่งนี้

วันที่ 4 ผู้ป่วย ไอ เหนื่อย น้อยลง สามารถ off O_2 cannular ได้ หลัง off O_2 Spo_2 = 96% แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ มียากลับบ้านคือ Atenolol (50) 0.5 tab oral pc เช้า , Warfarin (3) 0.5 tab oral hs. งดวันพุธและวันอาทิตย์, Folic acid 1 tab oral OD.pc , Vit B complex 1 tab oral pc เช้า, Atorvastatin (40) 1 tab oral hs. มีนัดตรวจ OPD neuro clinic 7 ส.ค.66 พร้อมทำ EKG 12 lead และเจาะ Lab PT , INR และมีนัดติดตามผลที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูวันเดียวกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ขณะผู้ป่วยอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจ ระยะหลังตรวจ ระยะเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และระยะติดตามอาการวันมาตรวจตามนัด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินขณะรอตรวจ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองและปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยมีอาการแขนขาขวาอ่อนแรงกว่าเดิม motor power แขนซ้าย grade 4 แขนขวา grade 3 ขาทั้ง 2 ข้าง grade 4 ปากเบี้ยวด้านขวา ไม่พูด

2. ผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที SpO_2= 94 %

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินขณะรอตรวจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรงมากกว่าเดิม
3. ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากกว่าเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกชีพจร ความดันโลหิต ประเมินสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท
2. ประเมินการทำงานของหัวใจและปอด โดยฟังเสียงหัวใจ เสียงปอด
3. ประเมินระดับรู้สติ อาการปวดศีรษะ รูม่านตา อาการอ่อนแรง ชา ของแขนขา และการมองเห็น
4. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อให้เนื้อเยื่อต่างๆได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วย $E_4V_3M_5$ ปากเบี้ยวด้านขวา ไม่พูด pupil 2.5 mm RTL both eye, motor power แขนซ้าย grade 4 แขนขวา grade 3 ขาทั้ง 2 ข้าง grade 4 มี facial palsy ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินขณะรอตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไอ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94 %
3. มี secretion ในคอเป็นจำนวนมาก ไอขับออกเองไม่ได้

วัตถุประสงค์ ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น

ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

2. อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก

3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด มากกว่า 95 %

4. ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะ หรือเสมหะลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันท่วงที และรายงานแพทย์รับทราบเมื่อพบความผิดปกติ

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว และติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย

3. ดูแลให้ได้รับ O_2 Cannular 5 ลิตร/นาที และจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา

4. ดูแลเคาะปอด และดูดเสมหะในปากและในคอ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับ O_2 Cannular 5 ลิตร/นาที ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียว หลังให้ออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% มีเสมหะในคอสีขาวเหนียว หลังดูดเสมหะ เสมหะในคอลดลง อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส

2. ญาติบอกว่าผู้ป่วยซึมลง ริมฝีปากแห้ง อ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไข้ลดลง เกิดความสุขสบายมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

2. ผู้ป่วยไม่ซึม ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย

2. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ให้ เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย และตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที

3. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น สีของผิวหนัง อาการหนาวสั่น ซึม ชักเกร็ง กระสับกระส่าย หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

4. แนะนำญาติ Feed ยา Paracetamol (500 mg.) 2 tab oral prn. ทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส

การประเมินผล

หลังเช็ดตัวลดไข้ อุณหภูมิร่างกายลดลงเหลือ 37.3 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่มีชักเกร็ง ไม่กระสับกระส่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะขณะตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนขณะรอตรวจและขณะเข้าตรวจกับแพทย์เนื่องจากรอตรวจนาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการแขนขาขวาอ่อนแรงกว่าเดิม จากพยาธิสภาพของสมอง
2. ผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที SpO_2= 94 %
3. จำนวนผู้รับบริการมีเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจทำให้รอตรวจนาน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจกับแพทย์อย่างรวดเร็ว ตามระบบช่องทางด่วน และไม่เกิดอาการแทรกซ้อนขณะรอตรวจและขณะเข้าตรวจกับแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจอย่างรวดเร็วตามระบบช่องทางด่วนของแผนก
2. สังเกตอาการผิดปกติขณะรอตรวจและขณะเข้าตรวจกับแพทย์ เช่น อาการซึม ชักเกร็ง กระสับกระส่าย หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที
3. ดูแลให้ได้รับ O_2 Cannular 5 ลิตร/นาที และจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศาไว้ตลอดเวลา

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการตรวจกับแพทย์อย่างรวดเร็ว ตามระบบช่องทางด่วน และไม่เกิดอาการแทรกซ้อนขณะรอตรวจและขณะเข้าตรวจกับแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีโอกาสเกิดการรักษาพยาบาลผิดคน

ข้อมูลสนับสนุน

1.มีผู้ป่วยจำนวนมากมารับบริการตรวจรักษา พูดคุยเสียงดัง ทำให้ญาติได้ยินชื่อของผู้ป่วยไม่ชัดเจน

2.ผู้ป่วยพูดไม่ได้

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการรักษาพยาบาลผิดคน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง ถูกคน

กิจกรรมการพยาบาล

1.ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล รูปพรรณสัณฐานของผู้ป่วยจาก 2 แหล่งข้อมูลคือจากใบนำทางและรูปถ่ายในฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ถ้ายังไม่แน่ใจให้ขอดูบัตรประชาชนของผู้ป่วยด้วย

2.สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย จากญาติทุกจุดบริการ ก่อนให้บริการตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง ถูกคน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน ญาติมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากผู้ป่วยเคยเป็นโรคนี้มาแล้ว ครั้งนี้กลับเป็นซ้ำอีกและยังมีภาวะแทรกซ้อนคือปอดอักเสบร่วมด้วย

วัตถุประสงค์ ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล ญาติสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ และ ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติ เกี่ยวกับอาการของโรค แนวทางการรักษา และการดูแลผู้ป่วย
2. อธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับ โรค สาเหตุ และอาการของโรค ตลอดจนแนวทางการรักษาที่ได้รับ พร้อมให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์และพยาบาลอย่างปลอดภัยและดีที่สุด
3. รับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่ญาติอยากรู้ด้วยความสนใจ
4. แนะนำแหล่งบริการที่ญาติสะดวกไปรับบริการหรือปรึกษาในกรณีที่มีปัญหา

การประเมินผล

ญาติแสดงความเข้าใจการเกิดโรคและแผนการรักษา สามารถบอกวิธีสังเกตอาการหรือภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงอาการขณะเคลื่อนย้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ

2. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย ต้องให้ O_2 Cannular 5 ลิตร/นาที ไว้ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงอาการขณะเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล

ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีดังนี้

1.ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายขึ้นตึก ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

2. ดูแลให้ได้รับ O_2 Cannular 5 ลิตร/นาที ไว้ตลอดเวลา ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เช่น Ambu bag เพื่อป้องกันการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการเคลื่อนย้าย

4. ติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมรองรับ

5. โทรศัพท์ตามพนักงานเข็นเปล ตรวจสอบความพร้อมของเปลนอนและถังออกซิเจน

ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีดังนี้

1.ประเมินอาการผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย สังเกตภาวะความดันสูงในกะโหลกศีรษะ (IICP) สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia)

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรู้ว่า ขณะนี้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่มีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดอาการเปลี่ยนแปลง และไม่เกิดอันตรายใดๆขณะเคลื่อนย้ายขึ้นหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะติดตามอาการ วันมาตรวจตามนัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากญาติขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเคยเป็นโรคเส้นเลือดสมองมาแล้ว และเป็นสาเหตุทำให้ต้องนอนติดเตียง ซึ่งครั้งนี้กลับเป็นซ้ำพร้อมกับมีภาวะแทรกซ้อนคือปอดอักเสบร่วมด้วย ญาติกลัวว่าจะดูแลได้ไม่ดี

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองขณะกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยไม่เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร

2. ญาติสามารถบอกถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

พูดคุยเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของญาติ ตามหลัก DMETHOD ได้แก่

D: Disease ถามความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ และการป้องกัน ให้ญาติบอกถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์เช่น แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น พูดไม่ชัดมากขึ้น หายใจเหนื่อย

M: Medication ถามวิธีการจัดยาให้ผู้ป่วย แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถามวิธีการเก็บรักษายาของผู้ป่วย การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำห้ามซื้อยามารับประทานเอง ให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาเอง

E: Environment ถามวิธีการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ผู้ป่วย การดูแลของใช้ประจำตัวของผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ

T: Treatment ถามวิธีการดูแลผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ ดูแลให้พักผ่อนเต็มที่

H: Health ถามวิธีการทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย การดูแลสุขอนามัย

O: Out patient referral ถามวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น โทรฉุกเฉิน 1669 , การติดตามการรักษา แนะนำให้ญาติพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง แนะนำอาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อสอบถามข้อสงสัยต่างๆ

D: Diet ถามวิธีการเลือกอาหารที่มาทำอาหารปั่น หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การประเมินผล

วันมา F/U ญาติสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และยังทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยวันละ 2 ครั้งคือตอนเช้า และตอนเย็น ผู้ป่วยพูดเป็นคำได้บางครั้ง หายใจไม่เหนื่อย แขน ขา ทั้ง 2 ข้าง เกรด 4 ยกได้เล็กน้อย On NG tube for feed BD 300 ซีซี × 4 มื้อ รับได้ ไม่สำลัก ใส่ condom with bag ไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่ขุ่น ไม่มีแผลกดทับตามร่างกาย ไม่มีข้อติดแข็ง ไม่มีไข้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 % ผู้ป่วยนอนไม่หลับเป็นบางวัน แพทย์เพิ่มยา Nortriptyline (10 mg.) 1 tab oral hs.ให้ ส่วนยาตัวอื่นให้รับประทานเหมือนเดิม ทั้งผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง

สรุปและอภิปรายผล

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในด้านการรับรู้ สติปัญญา ปัญหาด้านการพูดและการสื่อสาร ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง การกลืนลำบาก ดังนั้นการดูแลจึงจำเป็นต้องใช้ผู้ดูแลที่มีความรู้ความชำนาญ หากได้รับการดูแลไม่ถูกต้องตามมาตรฐานย่อมก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่นเดียวกับกรณีศึกษารายนี้ ซึ่งได้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ญาติยังไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ จึงทำให้พามารักษาช้ากว่าระยะเวลาที่ควรจะเป็น และเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นแผนกแรกที่พบผู้ป่วย ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามกระบวนการหลักที่วางไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ป้องกันได้ในขณะอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก และที่สำคัญพยาบาลวิชาชีพต้องให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติซึ่งรวมถึงการให้

กำลังใจญาติด้วย ซึ่งส่วนมากญาติจะอยู่ในภาวะเครียด วิตกกังวล หมดกำลังใจ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติเกิดกำลังใจมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป และในระยะยาวญาติที่มีความมุ่งมั่นจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเอง ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระกับสังคมในโอกาสต่อไป

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนคือปอดอักเสบร่วมด้วย ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลเป็นอย่างสูง เพราะผู้ป่วยเพิ่งผ่านวิกฤติด้วยโรคเส้นเลือดสมองมาครั้งหนึ่งแล้ว และเป็นเหตุทำให้ต้องนอนติดเตียง ญาติมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งก่อนจะกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยยกแขนขาแถบขวาได้ดีขึ้น พูดได้พอรู้เรื่อง ถึงแม้จะรับประทานอาหารทาง NG tube อยู่ก็ตาม เมื่ออาการแย่ลงคือมีอาการพูดน้อยลง แขนขาแถบขวาอ่อนแรงมากขึ้น ญาติไม่แน่ใจว่าเป็นอาการที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเหมือนเดิมหรือไม่ เพราะผู้ป่วยมีไข้และไอร่วมด้วย ทำให้ญาติคิดว่าผู้ป่วยอ่อนเพลียจากอาการไข้ ไอ จึงทำให้ไม่อยากยกแขนขา ญาติจึงพามาโรงพยาบาลช้ากว่า 4.5 ชั่วโมง ทำให้พลาดโอกาสในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งผู้ป่วยยังมีโรคประจำตัวได้แก่ HT DLP AF ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ หากญาติให้การดูแลไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอกจึงมีบทบาทสำคัญ ในการที่จะให้ความรู้แก่ญาติ ให้ญาติเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้ รวมถึงต้องมีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ อย่างทั่วถึง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หากพบใครมีอาการสงสัยเข้าข่ายจะเป็นโรคนี้ให้รีบพามาโรงพยาบาลทันทีภายใน 4.5 ชั่วโมง เพื่อจะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะเพิ่มโอกาสทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและกลับสู่สภาพเดิมได้โดยเร็ว รวมทั้งยังต้องมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในระยะยาว เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา จะได้ไม่ประสบปัญหาเหมือนกับกรณีศึกษารายนี้อีก

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่แผนกผู้ป่วยนอก ถือเป็นโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านนี้ต้องมีความรู้ มีทักษะ ความชำนาญ สามารถคัดกรอง ประเมินวินิจฉัยปัญหาภาวะเสี่ยง คาดการณ์และวางแผนให้การช่วยเหลือที่ฉับไวต่อสัญญาณอันตรายของผู้ป่วย มีความถูกต้องแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วย จัดผู้ป่วยเข้าระบบช่องทางด่วนของแผนก เพื่อให้เข้าตรวจกับแพทย์ได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องใช้ระยะเวลารอคอยนาน เนื่องจากการรอคอยตรวจนานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาจเกิดอันตรายต่างๆตามมาได้ แต่จากลักษณะงานของแผนกผู้ป่วยนอกที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน แต่บุคลากรมีไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงาน ก่อให้เกิดความรีบเร่ง ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติงานในส่วนนี้

บกพร่องได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจึงต้องใช้ความตระหนัก ระมัดระวัง และรอบคอบเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอก ให้มีความรู้ความสามารถ สามารถคัดกรองอาการแสดงที่เป็นภาวะเร่งด่วนได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าระบบช่องทางด่วน ได้รับการตรวจรักษากับแพทย์อย่างรวดเร็ว เพื่อความปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2. ด้านบริการ ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ จะได้มีมาตรฐาน และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

3. ด้านวิชาการ ควรมีการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประชาสัมพันธ์แก่สาธารณชนให้ทั่วถึง ในเรื่องการสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หากพบมีผู้ที่อาการเข่าข่ายสงสัย ให้รีบแจ้ง 1669 หรือรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที หรือภายใน 4.5 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจะช่วยลดความพิการ และลดการสูญเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://nbt2hd.prd.go.th/th/content/category/detail/id/2153/iid/227609
2. กรมการแพทย์. แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2561.
3. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2558.
4. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2556.
5. สถาบันประสาทวิทยา.คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ; 2557.
6. นิจศรี ชาญณรงค์. โรคหลอดเลือดสมองยิ่งรู้เร็วยิ่งรอดไวยิ่งห่างไกลจากอัมพาต. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ้ง จำกัด (มหาชน); 2558.
7. ทิพวรรณ์ ประสานสอน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

8. พารุณี วงษ์ศรี, ทีปทัศน์ ชนิตาปัญญากุล. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2561;10(1):209-19.