เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

(Nursing Care for Non-Surgical Hemorrhagic Stroke: A Comparative Case Report)

โดย

นางสาวอัญชลี ปู่วงษ์

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

(Nursing Care for Non-Surgical Hemorrhagic Stroke: A Comparative Case Report)

อัญชลี ปู่วงษ์, พว

Aunchalee Poowong, RN

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง และมีอัตราตายหรือพิการสูง การรักษาแบบไม่ผ่าตัดมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินงาน: ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 2 ราย ที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลชุมแพ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วย และญาติ วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนดูแล

ผลการศึกษา: รายที่ 1 ชายไทยอายุ 65 ปี พบเลือดออกในเนื้อสมอง รายที่ 2 ชายไทยอายุ 69 ปี พบเลือดออกในโพรงสมองและมีอาการทางระบบประสาทรุนแรงกว่า ทั้ง 2 รายเข้าสู่ระบบ stroke fast track ภายใน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด และประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพต่อเนื่อง พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลรายที่ 1 และ 2 จำนวน 7 และ 10 ข้อ ตามลำดับ การพยาบาลครอบคลุมระยะต่างๆ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพและหลัก D-METHOD ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และทฤษฎีการปรับตัวของรอย เพื่อเสริมพลัง และความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้น โดยรายที่ 2 ยังมีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ต้องเข้าระบบฟื้นฟูต่อเนื่อง

สรุป: การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด ควรมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิต ป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฟื้นตัวดี และกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ

คำสำคัญ: *โรคหลอดเลือดสมองแตก, การรักษาแบบไม่ผ่าตัด, การพยาบาล*

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ABSTRACT

Background: Hemorrhagic stroke is a neurological emergency with high morbidity and mortality. non-surgical management focuses on blood pressure control, preventing of complications, and rehabilitation to enhance patients' quality of life.

Objective: To compare the nursing care in two cases of patients with hemorrhagic stroke treated with non-surgical management.

Methods: This comparative case study involved two patients with hemorrhagic stroke who received non-surgical treatment in the stroke and semi-intensive care unit, Chumphae Hospital. data were collected from medical records, patients, and relatives, and analyzed using Gordon's 11 functional health patterns. the nursing process was applied in care planning.

Results: Case 1 was a 65-year-old male with intracerebral hemorrhage, and case 2 was a 69-year-old male with intraventricular hemorrhage and more severe neurological symptoms. both patients entered the stroke fast track system within 4.5 hours and received non-surgical treatment with continuous neurological and vital sign monitoring. nursing diagnoses were identified as seven items for case 1 and ten items for case 2, covering different stages of care: initial admission, ongoing care, and discharge planning. multidisciplinary teamwork and the D-METHOD approach were applied to prepare patients and families. Orem's self-care theory and Roy's adaptation model were integrated to empower and educate patients and relatives. both patients were hospitalized for six days without complications; both showed improvement, though case 2 remained with mild limb weakness and required further rehabilitation.

Conclusion: nursing care for hemorrhagic stroke patients treated with non-surgical management should emphasize blood pressure control, prevention of increased intracranial pressure and complications, and multidisciplinary care to ensure patient safety, recovery, and optimal daily functioning.

Keywords: Hemorrhagic stroke, Non-surgical management, Nursing care

*Registered Nurse, Professional Level, ChumPhae Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดภายในสมอง ส่งผลให้มีเลือดออกในเนื้อสมองหรือโพรงสมอง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองอย่างฉับพลัน ภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย พิการและการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 23.45, 21.11 และ 21.31 ตามลำดับ[1] โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน จัดเป็นการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิต[2]

โรงพยาบาลชุมแพเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ A plus เป็นเครือข่ายให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาระบบ stroke fast track ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤตเพื่อรองรับผู้ป่วย แม้ว่าโรงพยาบาลจะสามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ทันที แต่มีข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับสูงกว่า ซึ่งส่งผลให้เกิดความแออัด เพื่อลดปัญหาดังกล่าวและเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย service plan สาขาโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7 จึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมแพดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน

จากสถิติของโรงพยาบาลชุมแพปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาจำนวน 743, 904 และ 835 ราย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 123 (16.55%), 144 (15.93%) และ 143 (17.13%) ราย[3] มีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 1, 0 และ 2 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.16, 0, และ 0.27 ตามลำดับ (เป้าหมาย $\leq$ ร้อยละ 25) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจำนวนมาก ปฏิเสธการผ่าตัดและเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม non-surgical management จะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤต โดยมี CPG/Care Map เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องครบถ้วน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรก พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้การพยาบาลในการเฝ้าระวังสังเกตอาการและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูกต้อง ทันเวลาและเหมาะสม เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ฉะนั้นการดูแลจึงมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตประจำวันเป็นปกติได้มากที่สุด จึงต้องมีการดูแลต่อเนื่องการวางแผนจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ดี ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงใช้กระบวนการพยาบาล มาวิเคราะห์ปัญหาความต้องการ และนำมาวางแผนดูแล ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม และทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation model) เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ปลอดภัยจากระยะวิกฤตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ สามารถทำกิจกรรมวัตรประจำวันได้ ใกล้เคียงปกติ ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด 2 ราย ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลชุมแพ

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัดจำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นระยะเฉียบพลันที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการพยาบาลตามขั้นตอนการพยาบาล
3. ขออนุมัติผู้อำนวยการในการศึกษาและเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด กระบวนการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ
5. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
    5.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)
    5.2 วินิจฉัยการพยาบาล
    5.3 วางแผนการพยาบาล
    5.4 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation model) ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ตามระยะการดูแล
    5.5 ประเมินผลการพยาบาล แก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง
6. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความชำนาญงานและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปผลการศึกษา และเสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม
8. จัดทำรูปเล่ม
9. เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผลพบว่า

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ / อายุ/สถานภาพสมรส	ชาย/65 ปี/สมรส	ชาย/69 ปี/สมรส
การศึกษา	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	ประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ/รายได้เฉลี่ย	ค้าขาย/15,000บ./เดือน/ไม่มีหนี้	ค้าขาย/7,500บ./เดือน/หนี้เงินกู้
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ภูมิลำเนา	อ.สีชมพู จ.ขอนแก่น	อ.สีชมพู จ.ขอนแก่น
ระยะทางถึงโรงพยาบาล	31 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 35 นาที	34 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 38 นาที
วันที่เข้ารับการรักษา-จำหน่าย	23-29 ม.ค. 2568 (รวม 6 วัน)	29 ม.ค.-4 ก.พ. 2568 (รวม 6วัน)

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจากรายงานพบว่าอุบัติการณ์โรคเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างมีนัยสำคัญ[4] ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการศึกษาสูงกว่า จึงมีการรับรู้และดูแลสุขภาพที่ดีกว่า[5] ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 จบประถมศึกษา ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและติดตามการรักษา ซึ่งปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และสถานะภาพสมรสมีผลต่อการรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง[5] นอกจากนี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีรายได้ที่มั่นคง ต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีรายได้น้อย มีภาระหนี้สิน และเป็นเสาหลักของครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ และพบว่าภาระทางเศรษฐกิจสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม[6]

โดยสรุป ปัจจัยร่วมที่เหมือนกัน คือ อายุ แตกต่างกัน คือ ด้านการศึกษา รายได้ และสภาพครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำทางการแพทย์ และคุณภาพการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยโรค	โรคหลอดเลือดสมองแตกชนิดมีเลือดออกในเนื้อสมองบริเวณสมองส่วนหน้าซีกขวาแบบเฉียบพลัน (ICH)	โรคหลอดเลือดสมองแตกชนิดมีเลือดออกในโพรงสมองบริเวณโพรงสมองด้านขวาตรงด้านข้างของเลนติฟอร์มนิวเคลียสและทาลามัสด้านซ้ายแบบเฉียบพลัน (IVH)
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสีชมพู มาด้วยปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชม.	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสีชมพู มาด้วยวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ชา ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชม. 23 นาที
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	น้องสาวเป็นโรคความดันโลหิตสูง	ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและการใช้สารเสพติด
อาการแรกรับ	อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 158/87 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 96 % ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ glasgow coma score (GCS) 15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวด้านซ้าย motor power right grade V left grade IV^+ pupil 3 mm react to light good ทั้ง 2 ข้าง National institute of health stroke scale: NIHSS score 4 คะแนน Barthel index: BI 40 คะแนน Modified rankin scale: mRS 3 คะแนน	อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 196/113 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99 % ระดับความรู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง หลับปลุกตื่นง่าย ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย GCS 15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด motor power right grade V left grade II pupil 3 mm react to light good ทั้ง 2 ข้าง NIHSS score 7 คะแนน BI แรกรับ 25 คะแนน mRS scale 4 คะแนน
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan)	acute intraparenchymal hemorrhage at right frontal lobe volume 3.85 ml no midline shift	acute intracerebral hematoma. Involving right thalamus, posterior limb of right internal capsule, right posterior corona radiata. acute intraventricular hemorrhage in right lateral ventricle, third ventricle; extension from right intracerebral hematoma is possible. no midline shift
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะกำลังขายของมีอาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลสีชมพู ระดับความรู้สึกตัว $E_4V_5M_6$ ปากเบี้ยวด้านซ้าย ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด motor power right grade V left grade IV^+ เข้าระบบ stroke fast track ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลชุมแพ CT scan พบ acute intraparenchymal hemorrhage	1 ชั่วโมง 23 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะกำลังเก็บของ มีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด จึงไปนั่งพัก หลังจากนั้นมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ชา ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด จึงเรียกรถกู้ชีพนำส่งโรงพยาบาลสีชมพู ระดับความรู้สึกตัว $E_3V_5M_6$ motor power right grade V left grade II เข้าระบบ stroke fast track ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลชุมแพ CT scan พบ acute intraventricular hemorrhage

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวานและหอบหืด รับการรักษาต่อเนื่อง	ประวัติความโรคดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถเข้าถึงระบบ stroke fast track ได้ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง นับจากมีอาการ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยหลายโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง แต่ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้มีโรคร่วมน้อยกว่า แต่ขาดยาและการติดตามการรักษานานมากกว่า 1 ปี สาเหตุการเกิดโรคทั้ง 2 ราย สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงต่อการแตกของหลอดเลือดสมอง โดยตรวจพบเลือดออกในสมองซีกขวา ส่งผลให้แขนขาซ้ายอ่อนแรง การรักษาพิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ GCS < 13 ปริมาณเลือดออก > 30 มิลลิลิตร และ midline shift > 0.5 เซนติเมตร หากเข้าเกณฑ์เพียงข้อเดียวเลือกการรักษาแบบไม่ผ่าตัด แต่หากเข้า 2 ข้อขึ้นไปพิจารณาผ่าตัด[7] ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่า GCS > 13 ปริมาณเลือดออก < 30 มิลลิลิตร และไม่พบ midline shift จึงได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	86 กิโลกรัม สูง 167 เซนติเมตร BMI = 30.84 kg/m^2 (อ้วนระดับ 2)	69 กิโลกรัม สูง 159 เซนติเมตร BMI = 27.29 kg/m^2 (อ้วนระดับ 1)
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/87 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 196/113 มิลลิเมตรปรอท
ใบหน้า	ปากเบี้ยวด้านซ้าย มีลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด	ใบหน้าสมมาตร ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด
ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก	“นอนราบแล้วหายใจไม่โล่ง” อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO_2 92% (room air) ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ผลเอกซเรย์ปอดพบ cardiomegaly with pulmonary congestion	หายใจได้เอง หายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที SpO_2 100% (room air)
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	นอนราบไม่ได้ หายใจไม่สะดวก ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ	ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบความผิดปกติ incomplete right bundle branch block T wave V1-V6

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระบบทางเดินอาหาร	ประเมินการกลืน มีน้ำไหลออกจากมุมปากรับประทานอาหารได้ ไม่สำลัก	ประเมินการกลืน ไม่มีน้ำไหลออกจากมุมปาก ไม่มีสำลัก
ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัวดี $E_4V_5M_6$ NIHSS score 4 คะแนน BI แรกรับ 40 คะแนน mRS 3 คะแนน	ระดับความรู้สึกตัวดี $E_3V_5M_6$ NIHSS score 7 คะแนน BI แรกรับ 25 คะแนน mRS 4 คะแนน
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	motor power right grade V left grade IV^+ ขาบวม 2^+	motor power right grade V left grade II

วิเคราะห์

จากตารางที่ 3 พบว่าทั้ง 2 ราย มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์ รายที่ 1 30.84 kg/m^2 (อ้วนระดับ 2) รายที่ 2 27.29 kg/m^2 (อ้วนระดับ 1) ผู้ที่มีค่า BMI ≥ 30 kg/m^2 มีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มี BMI ปกติประมาณ 1.5–2 เท่า[8] ด้านอาการทางระบบประสาท พบว่ารายที่ 1 มีระดับความรู้สึกตัวดี ($E_4V_5M_6$) ปากเบี้ยวด้านซ้าย ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด motor power right grade V left grade IV^+ NIHSS score 4 คะแนน BI แรกรับ 40 คะแนน mRS 3 คะแนน ส่วนรายที่ 2 แรกรับระดับความรู้สึกตัว หลับปลุกตื่นง่าย พูดคุยรู้เรื่อง ($E_3V_5M_6$) motor power right grade V left grade II NIHSS score 7 คะแนน BI 25 คะแนน mRS 4 คะแนน ความแตกต่างของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง รายที่ 2 มีเลือดออกในโพรงสมอง จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะโพรงสมองคั่งน้ำและมีอาการอ่อนแรงมากกว่ารายแรก ค่าคะแนน NIHSS score, mRS สูงกว่า และBI ต่ำกว่า ในรายที่ 1 พบภาวะหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (heart failure with pulmonary congestion) มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ปอดมีเสียง crepitation ผลเอกซเรย์ปอดพบหัวใจโตและน้ำท่วมปอด ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง SpO_2 ต่ำ 92% ทำให้สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง (cerebral perfusion pressure ลดลง) ทำให้เกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่วนรายที่ 2 ตรวจพบ ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ incomplete right bundle branch block, T wave inversion V1–V6 และ brugada type II ร่วมกับภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy: LVH) ค่า troponin T < 40 ng/L เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ลดการไหลเวียนเลือดไปยังสมอง ส่งผลให้สมองขาดออกซิเจนและเพิ่มความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
RBC	4-5.2×10^6u/L	4.65	ปกติ	5.20	สูง
K	3.50-5.10	3.62	ปกติ	3.38	ต่ำ
Glucose	70-100 mg/dL	130	สูง	145	สูง
Cholesterol	<200	144.3	ปกติ	218.6	สูง
LDL-C	<100	86.2	ปกติ	157	สูง
Troponin T (3 ชม.)	0-14 ng/L	-		32.7	ผิดปกติ
Troponin T (24 ชม.)	0-14 ng/L			42	ผิดปกติ

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่าเม็ดเลือดแดง (RBC) สูงกว่าค่ามาตรฐาน บ่งชี้ถึงภาวะ polycythemia หรือเลือดข้น ซึ่งส่งผลให้เม็ดเลือดแดงเกาะกลุ่มกัน และอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็ก เป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 1.5–2 เท่า[9] ระดับ โพแทสเซียม (K) ต่ำ สาเหตุอาจมาจากกระบวนการ ischemic cascade ภายหลังสมองขาดเลือด ทำให้การทำงานของ Na^+/K^+ pump ผิดปกติ ส่งผลให้เกิด hypokalemia ซึ่งสัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางสมองที่รุนแรงมากกว่ารายแรก[10] ผลการตรวจพบว่า ระดับ LDL-C สูง ซึ่งเป็นไขมันชนิดไม่ดี มีความสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย การไม่ติดตามการรักษา และการขาดยา ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[11,12] ขณะเดียวกันทั้ง 2 ราย มีระดับกลูโคสในเลือดสูง โดยรายที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนรายที่ 2 ชอบบริโภคอาหารรสหวาน แม้ยังไม่เป็นเบาหวานแต่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ส่งผลให้หลอดเลือดเสื่อม และเพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง[13,14] ทั้ง 2 ราย มีระดับคลอเลสเตอรอล (cholesterol) สูง ซึ่งสัมพันธ์กับการตีบของหลอดเลือด internal carotid artery แม้ไม่สัมพันธ์โดยตรงกับโรคหัวใจ แต่การใช้ยาลดไขมันในกลุ่ม statin สามารถลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองได้[15] นอกจากนี้ รายที่ 2 มีระดับ troponin T สูง สะท้อนถึงความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด brugada type I และ ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) ทำให้เอนไซม์รั่วออกจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ[16]

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> - BMI = 30.84 kg/m^2 (อ้วนระดับ 2) เพราะไม่ควบคุมอาหาร - คิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย - ผู้ป่วยถามว่า “ยาเดิมต้องรับประทานต่อมั้ย”	<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> - คิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย BMI = 27.29 kg/m^2 (อ้วนระดับ 1) เพราะไม่ควบคุมอาหาร - ขาดยา ขาดการติดตามการรักษา 1 ปี

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (ต่อ)		คิดว่าตนเองหายแล้ว - ผู้ป่วยบอก “บ่นปวดศีรษะ pain score 5 คะแนน” - ญาติถามว่า “ถ้ามีอาการมาที่โรงพยาบาลชุมแพเลยได้มั้ย” “แล้วต้องไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลไหน” “เมื่อออกจากโรงพยาบาลต้องเตรียมอะไรบ้าง”
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> - ชอบอาหารรสเค็ม ผัด ทอด <u>ขณะเจ็บป่วย</u> - กลืนลำบากเล็กน้อย เสี่ยงสำลัก BMI 30.84 อ้วนระดับ 2	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> - ชอบอาหารรสหวาน BMI 27.29 อ้วนระดับ 1 - มีภาวะ hypokalemia (K = 3.38 mmol/L)
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> - ปัสสาวะลดลง 200 มิลลิลิตร/8 ชม.มี pitting edema 2^+ ฟังปอดได้ crepitation both lung	<u>ไม่พบปัญหา</u>
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> - motor power right grade V left grade IV^+ ทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนดูแล เสี่ยงพลัดตกหกล้ม	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> - motor power right grade V left grade II ต้องพึ่งพาผู้อื่น เสี่ยงพลัดตกหกล้ม และแผลกดทับ
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	- ระดับความรู้สึกตัวดี $E_4V_5M_6$ รับรู้วัน เวลา และสถานที่ถูกต้อง มีการตอบสนองต่อคำสั่งได้ดี motor power right grade V left grade IV^+ ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด CT brain พบเลือดออกในสมอง	- ระดับความรู้สึกตัวง่วงซึม $E_3V_5M_6$ แต่สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ได้ มีอาการปวดศีรษะ pain score 5 คะแนน รับรู้ความเจ็บปวดได้ดี แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power right grade V left grade II CT brain พบเลือดออกในโพรงสมอง
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> - วิตกกังวลกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวอาการจะแย่ลงกว่าเดิม” - สีหน้าวิตกกังวล เมื่อกล่าวถึงภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> - สีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยถามว่า “จะรักษาหายมั้ย จะกลับไปทำงานได้ตอนไหน ตอนนี้มีภาระหนี้สินต้องรับผิดชอบ”

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด (ต่อ)	- ประเมินความเครียด SPST-20 = 24 คะแนน	- ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการใช้แขนขาซ้ายและการกลับไปทำงาน รู้สึกสูญเสียความสามารถบางอย่างที่เคยทำได้ - ประเมินความเครียด SPST-20 = 30 คะแนน

ตารางที่ 6 สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับ 1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น สมองบวม สมองตาย เลือดออกซ้ำและชัก	**ระยะแรกรับ** 1. ผู้ป่วยมีภาวะ Hypokalemia 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะเลือดออกในโพรงสมอง 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ สมองบวม สมองตายและเลือดออกซ้ำ
ระยะการดูแลต่อเนื่อง 4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น 5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักอาหารเนื่องจากกลไกการกลืนอาหารบกพร่อง 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม	**ระยะการดูแลต่อเนื่อง** 4. ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง 5. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง 7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง 8. ผู้ป่วยมีความวิตกใจกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น
ระยะวางแผนจำหน่าย 7. ผู้ป่วยมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน	**ระยะวางแผนจำหน่าย** 9. ผู้ป่วยและญาติขาดทักษะในการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน 10. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ พลัดตกหกล้ม หลอดเลือดดำอุดตัน

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนราบแล้วรู้สึกหายใจไม่โล่ง” O: ค่า SpO_2 92% (3 มกราคม 2568) ฟังปอดพบเสียง crepitation ทั้งสองข้าง มี pitting edema 2^+ เอกซเรย์ปอด: cardiomegaly with pulmonary congestion วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต: ซิสโตลิก 90-140 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิก 60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่า SpO_2 > 94% เสียงปอดลดลงหรือหายไป บวมน้อยลง ผลเอกเรย์ปอดดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถนอนราบได้มากขึ้น กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม. 2. ประเมินภาวะคั่งน้ำ เช่น บวม น้ำหนักเพิ่ม เสียงปอดผิดปกติ (crepitation) หรือเส้นเลือดดำที่คอโป่ง 3. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง 4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา 5. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เป้าหมาย SpO_2 > 94% 6. ให้ยาขับปัสสาวะ lasix 40 mg vein ตามแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาล (7 มกราคม 2568) อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/71 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99% ฟังปอดพบเสียง crepitation เล็กน้อย นอนราบได้ บวมลดลง pitting edema 1^+	**ระยะแรกรับ** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะ hypokalemia ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอก “ไม่ได้ทานข้าว รู้สึกอ่อนเพลีย” O: ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปาก โพแทสเซียม ในเลือดต่ำ (วันที่ 29 มกราคม 2568) ค่าโพแทสเซียม 3.38 mmol/L) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต: ซิสโตลิก 90-140 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิก 60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่า SpO_2 > 94% ค่าโพแทสเซียมในเลือด 3.5-5.0 mmol/L มีความสมดุลของจำนวนสารน้ำเข้าและออก กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่เป็น NSS ตามแผนการรักษา พร้อมบันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการโพแทสเซียมต่ำ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน 3. ประเมินอาการโพแทสเซียมสูง เช่น ซึม สับสน ตะคริว ชีพจรเร็ว 4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม. และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 5. รายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการผิดปกติ ประเมินผลการพยาบาล (30 มกราคม 2568) อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/81 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 98% ค่าโพแทสเซียม 3.60 mmol/L (ปกติ) ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ สมดุลสารน้ำเข้า-ออก 2830-2900 มิลลิลิตร ใน 24 ชม. (ปกติ)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ข้อมูลสนับสนุน O: ปากเบี้ยวด้านซ้าย ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก motor power right grade V left grade IV^{+} O: CT brain พบเลือดออกในเนื้อสมอง (acute intraparenchymal hemorrhage: ICH) เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ GCS ไม่ drop > 2 คะแนน motor power ไม่ drop > 2 ระดับ pupil 3 mm react to light both eye ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และศีรษะตรง 2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพและระบบประสาททุก 1 ชม. (24ชม. แรก) จากนั้นทุก 4 ชม. ควบคุมความดันโลหิต ≤ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 3. เช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้พาราเซตามอล เมื่ออุณหภูมิกาย ≥ 37.5 องศาเซลเซียส พร้อมหาสาเหตุไข้และให้การรักษาที่เหมาะสม 4. สังเกตอาการเตือน IICP สูง ได้แก่ GCS ลดลง > 2 ปวดศีรษะ มีความบกพร่องทางระบบประสาท 5. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นการเพิ่ม IICP เช่น ไอแรง เบ่งถ่าย 6. ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา (nicardipine 20 mg, transamin 1 gm vein) 7. บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชม. ประเมินผลการพยาบาล (8 มกราคม 2568) อุณหภูมิกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/79 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99 % GCS 15 คะแนน	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน S: “ปวดศีรษะ pain score 5 คะแนน” O: ระดับความรู้สึกตัว ง่วงซึม ปลุกตื่นง่าย ($E_3V_5M_6$) ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก motor power right grade V left grade II ชาร่างกายครึ่งซีก O: CT brain พบเลือดออกในโพรงสมอง (acute intraventricular hemorrhage: IVH) วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ GCS ไม่ drop > 2 คะแนน motor power ไม่ drop > 2 ระดับ pupil 3 mm react to light both eye ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะตรง 2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพและระบบประสาททุก 1 ชม. (24 ชม. แรก) จากนั้นทุก 4 ชม. ควบคุมความดันโลหิต ≤140/90 มิลลิเมตรปรอท ผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 3. เช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้พาราเซตามอล เมื่ออุณหภูมิกาย ≥ 37.5 องศาเซลเซียส พร้อมหาสาเหตุไข้และให้การรักษาที่เหมาะสม 4. สังเกตอาการเตือน IICP ได้แก่ GCS ลดลง > 2 ปวดศีรษะ ความบกพร่องทางระบบประสาท 5. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นการเพิ่ม IICP เช่น ไอแรง เบ่งถ่าย 6. ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา (nicardipine 20 mg, transamin 1 gm vein) 7. บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชม. ประเมินผลการพยาบาล (3 กุมภาพันธ์ 2568) อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
motor power grade V all pupil 3 mm react to light both eye ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น สมองบวม สมองตาย เลือดออกซ้ำและชัก <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O: ปากเบี้ยวด้านซ้าย ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก motor power right grade V left grade IV^+ O: ผล CT brain พบเลือดออกในเนื้อสมอง (ICH) บริเวณผิวสมอง NIHSS score 4 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ GCS ไม่ drop > 2 คะแนน NIHSS score ไม่เพิ่มขึ้น motor power ไม่ drop > 2 ระดับ pupil 3 mm react to light both eye ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน และชัก <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมิน GCS และสัญญาณชีพทุก 1 ชม. (24 ชม. แรก) จากนั้นทุก 4 ชม. ควบคุมความดันโลหิต $\leq$ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผิดปกติรายงานแพทย์ 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และศีรษะตรง 3. ให้นอนพักผ่อนบนเตียง 24 ชม. 4. ถ้าอุณหภูมิกาย $\geq$37.5 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ หาสาเหตุและให้การรักษาที่เหมาะสม 5. เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น ซึมลง ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง อาเจียนพุ่ง ชัก หากพบรายงานแพทย์ทันที 6. จัดสภาพแวดล้อมปลอดภัย ป้องกันพลัดตกหกล้ม 7. ดูแลให้ยากันชัก (Dilantin) ตามแผนการรักษาและติดตามผลข้างเคียง	อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/72 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99% GCS 15 คะแนน motor power right grade V left grade III^+ pupil 3 mm react to light both eye ปวดศีรษะลดลง (pain score 0) ไม่มีตาพร่ามัว อาเจียน **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ สมองบวม สมองตายและเลือดออกซ้ำ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก “ปวดศีรษะ pain score 5 คะแนน” O: ระดับความรู้สึกตัว ง่วงซึม ปลุกตื่นง่าย ($E_3V_5M_6$) ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก motor power right grade V left grade II ชาร่างกายครึ่งซีก O: CT brain พบเลือดออกโพรงสมอง (IVH) NIHSS score 7 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ GCS ไม่ drop > 2 คะแนน NIHSS score ไม่เพิ่มขึ้น motor power ไม่ drop > 2 ระดับ pupil 3 mm react to light both eye ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน หรือซึมลง ไม่มี Cushing’s triad (ความดันโลหิตสูง ชีพจรช้า หายใจผิดปกติ) <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมิน GCS และสัญญาณชีพทุก 1 ชม. (24 ชม. แรก) จากนั้นทุก 4 ชม. ควบคุมความดันโลหิต $\leq$ 140/90 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์หากผิดปกติ 2.เฝ้าระวังอาการเตือนของ ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ สมองบวม สมองตายและเลือดออกซ้ำ เช่น ซึมลง ปวดศีรษะมาก อาเจียน แขนขาอ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว 3. เฝ้าระวังสัญญาณ Cushing’s triad

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8. ติดตามระดับน้ำตาล ทุก 6 ชม. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 80-140 mg/dl 9. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและออกซิเจนตามแผนการรักษา เป้าหมาย SpO_2 > 94% <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> (8 มกราคม 2568) อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/81 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99% GCS 15 คะแนน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน หรือชัก NIHSS score 2 คะแนน motor power grade V all pupil 3 mm react to light both eye ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน และชัก	4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะตรง 5. ลดการกระตุ้นเพิ่ม IICP เช่น ไอแรง เบ่งถ่าย 6. ถ้าอุณหภูมิกาย ≥37.5 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ หาสาเหตุและให้การรักษาที่เหมาะสม 7. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมง รักษาระดับน้ำตาลในเลือด 80-140 mg/dl 8. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและออกซิเจนตามแผนการรักษา (เป้าหมาย ค่า SpO_2 > 94%) 9. บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> (3 กุมภาพันธ์ 2568) อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/81 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99% GCS 15 คะแนน NIHSS score 6 คะแนน motor power right grade V left grade III+ pupil 3 mm react to light both eye ปวดศีรษะลดลง (pain score 0) ไม่มีตาพร่ามัว อาเจียน หรือซึมลง ไม่มี Cushing's triad ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ชีพจรช้า หายใจผิดปกติ
ระยะการดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O: ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เข้าใจสภาวะของโรค ให้ความร่วมมือในการรักษา สีหน้าวิตกกังวลลดลง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีและให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแผนการดูแลของทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ 3. เปิดโอกาสให้ซักถามและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	**ระยะการดูแลต่อเนื่อง** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก "แขนขาซ้ายอ่อนแรง ยกขึ้นลำบาก" O: BI แรกรับ 25 คะแนน mRS 4 คะแนน motor power right grade V left grade II ชาแขนขาด้านซ้าย <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยสามารถคงการทำงานของร่างกายส่วนต่างๆได้ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> เคลื่อนไหวข้อต่อได้ ผิวหนังยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยถลอก แดง BI ≥ 75 คะแนน mRS ลดลง/คงที่

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
4. แจกแผ่นพับ/คู่มือสำหรับการดูแลตนเองที่บ้าน 5. แนะนำแหล่งช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ประเมินผลการพยาบาล (9 มกราคม 2568) - ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เข้าใจสภาวะของโรคและให้ความร่วมมือในการรักษา สีหน้าคลายความวิตกกังวล มีกำลังใจในการรักษา **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักอาหารเนื่องจากกลไกการกลืนอาหารบกพร่อง ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้บอกว่า “รู้สึกกลืนน้ำลำบาก” O: ปากและหน้าเบี้ยวด้านซ้าย พูดไม่ชัด มีน้ำไหลออกจากปากขณะกลืน วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการสำลักขณะการกลืนอาหาร ไม่สำลักขณะกลืนอาหาร หรือน้ำ เกณฑ์การประเมินผล ประเมินการกลืนผ่าน ไม่มีน้ำไหลออกจากมุมปาก และไม่มีไอหรือสำลักขณะกลืน กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความพร้อมในการกลืน (dysphagia screening test) 2. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 60-90 องศาระหว่างรับประทานอาหาร 3. ดูแลความสะอาดช่องปากวันละ 2 ครั้ง ให้ช่องปากสะอาดและเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร 4. ดูแลให้ได้รับคำปรึกษาจากนักกิจกรรมบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพการกลืน ประเมินผลการพยาบาล (3 มกราคม 2566) ผู้ป่วยประเมินการกลืนผ่านสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ ไม่เกิดการสำลัก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการเคลื่อนไหว ความรู้สึก ผิวหนังและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง 2. ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation model) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านต่างๆ ดังนี้ 2.1 ด้านสรีรวิทยา (physiological mode) โดยการสอนและกระตุ้นการออกกำลังกายแบบ active/passive exercise จัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ 2.2 ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) โดยการให้กำลังใจส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยและอธิบายความสำคัญของการฟื้นฟู 2.3 ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) โดยกระตุ้นให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองตามศักยภาพ 2.4 ด้านการพึ่งพาอาศัยกัน (interdependence mode) โดยการสอนญาติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี การประสานกับนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างญาติกับทีมสุขภาพ ประเมินผลการพยาบาล (4 กุมภาพันธ์ 2568) - กล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายมีกำลัง ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น BI เพิ่มเป็น 55 คะแนน mRs ลดลงเหลือ 3 คะแนน ผิวหนังยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดงหรือถลอก **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่** 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะ ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอก “ปวดศีรษะ pain score 5 คะแนน” O: สีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ่ว คิ้วขมวด วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการปวด เพิ่มความสุขสบายและส่งเสริมการพักผ่อนของผู้ป่วย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม S: ผู้ป่วยบอก “มีอาการมึนชาแขนขาด้านซ้าย” O: BI แรกรับ 40 คะแนน motor power right grade V left grade IV+ ความรู้สึกแขนขาด้านซ้ายลดลง ประเมิน More fall score 65 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหรือ พลัดตก หกล้ม กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมิน BI, mRS แรกรับ และบันทึกเพื่อสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ 2. ประเมินพลัดตกหกล้ม โดยใช้ Morse fall scale 3.ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน 4. จัดของใช้ที่จำเป็นใกล้เตียง ให้หยิบจับสะดวก 5. แนะนำการใช้กริ่งเรียกขอความช่วยเหลือและยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา ประเมินผลการพยาบาล (9 มกราคม 2568) - ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน เกณฑ์การประเมินผล สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เข้าใจสภาวะของโรคให้ความร่วมมือในการรักษาสีหน้าวิตกกังวลลดลง กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจในการบำบัดรักษา	เกณฑ์การประเมินผล 1. ระดับความปวดลดลง (pain score ≤ 3/10 คะแนน) 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าและท่าทางผ่อนคลาย ไม่แสดงออกถึงอาการเจ็บปวด พักผ่อนนอนหลับได้ดี กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความปวดโดยใช้ pain scale ทุก 2-4 ชั่วโมง 2. จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ 3. ประคบเย็นบริเวณหน้าผากหรือท้ายทอย 4. กระตุ้นให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจช้าและลึก 5. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นการเพิ่ม IICP เช่น ไอแรง เบ่งถ่าย 6. ดูแลให้ได้รับลดยาปวด tramadol 50 mg vein ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียง 7. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนลดกิจกรรมไม่จำเป็น ประเมินผลการพยาบาล (3 กุมภาพันธ์ 2568) - ผู้ป่วยสีหน้าสุขสบาย ไม่มีหน้านิ่ว คิ้วขมวด pain score 0 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ข้อมูลสนับสนุน O: motor power right grade V left grade II เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีรอยแดง ถลอก ไม่มีแผลกดทับ กิจกรรมการพยาบาล 1. พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง สอนและแนะนำญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัว การจัดท่าบนเตียงที่ถูกต้อง 2. กระตุ้นผู้ป่วยให้มีการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 3. ยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ไม่ดึงลากผู้ป่วย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
2. ให้ข้อมูลอาการและแผนการดูแลของทีมสุขภาพ 3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4. แจกแผ่นพับ คู่มือในการดูแลผู้ป่วยนำกลับไปที่บ้าน 5. แนะนำแหล่งประโยชน์ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> (9 มกราคม 2568) - ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินของโรค สามารถตอบคำถามที่พยาบาลให้ความรู้ได้ถูกต้อง สีหน้าคลายความวิตกกังวล มีกำลังใจในการรักษา	4. ดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้น สะอาด และแห้งอยู่เสมอ 5. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง ไม่อับชื้น 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ สารน้ำ สารอาหาร ตามแผนการรักษาของแพทย์ <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> - ไม่มีรอยแดง ถลอก ไม่มีแผลกดทับ
ระยะการวางแผนจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยมีเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยถาม “ยาเดิมต้องรับประทานมั้ย” O: ซักถามข้อสงสัยเป็นระยะ เข้าใจว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย ชอบอาหารรสเค็ม เมนูผัด ทอด <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Theory of self-care) โดยเน้นการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และส่งเสริมความเข้าใจ (supportive-educative system) เพื่อให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ดังนี้ 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการ การรักษา และแผนการดูแลของทีมสุขภาพ 3. ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล เช่น ด้านบ้านพัก เศรษฐกิจ และสังคม	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม S: ผู้ป่วยบอก “ อ่อนแรงแขนขาด้านซ้าย ยกขึ้นลำบาก” O: BI แรกรับ 25 คะแนน mRS 4 คะแนน motor power right grade V left grade II ความรู้สึกแขนขาด้านซ้ายลดลง ประเมิน More fall score = 75 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> BI $\geq$ 75 คะแนน mRS ลดลง/คงที่ More fall score $\leq$ 24 คะแนน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมิน BI, mRS แรกรับ และบันทึกเพื่อสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ 2. ประเมินพลัดตกหกล้มโดยใช้ Morse fall scale 3. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน 4. จัดของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้เตียงให้หยิบจับได้สะดวก 5. แนะนำผู้ป่วยใช้กริ่งเรียกขอความช่วยเหลือและดูแลยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> (4 กุมภาพันธ์ 2568) - BI เพิ่มเป็น 55 คะแนน mRS ลดลงเหลือ 3 คะแนน ไม่เกิดพลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
4. ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุมตามหลัก D-METHOD ได้แก่ D (Diagnosis): อธิบายโรคและอาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์ เช่น ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง M (Medication): สอนการใช้ยาลดความดันโลหิต ยาเบาหวาน ยาลดไขมัน ยากันชัก ยาพ่นหอบ และยาขับปัสสาวะอย่างถูกต้อง พร้อมสังเกตุอาการข้างเคียงจากยา E (Environment): แนะนำการจัดบ้านให้ผู้ป่วยนอนชั้นหนึ่งของบ้าน เก็บของให้เป็นระเบียบ พื้นห้องน้ำควรแห้งตลอดเวลา โถส้วมควรเป็นชักโครก มีราวจับในห้องน้ำ T (Treatment): สาธิตการทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้อง H (Health): แนะนำเรื่องโภชนาการ การพักผ่อน O (Out-patient): การมาตรวจตามนัด D (Diet): การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น โปรตีนจากเนื้อปลา เนื้อหมู เนื้อไก่ ไม่ติดมัน เน้นผัก ลดอาหารเค็ม อาหารมัน เมนูผัดทอด อาหารที่มีน้ำตาลสูง 5. ชื่นชมและให้กำลังใจ เพื่อเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ 6. ประเมินความรู้ความเข้าใจซ้ำก่อนจำหน่าย 7. แนะนำการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> (9 มกราคม 2568) - ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามที่พยาบาลให้ความรู้ได้ถูกต้อง	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยถามว่า “จะรักษาหายมั้ย จะกลับไปทำงานได้ตอนไหน ตอนนี้มีภาระหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบ” O: มีสีหน้าวิตกกังวล ซักถามข้อสงสัยเป็นระยะ <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษา สีหน้าวิตกกังวลลดลง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้กำลังใจ 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแผนการดูแล 3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4. แจกแผ่นพับ คู่มือในการดูแลผู้ป่วยนำกลับไปที่บ้าน 5. แนะนำแหล่งประโยชน์ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> (1 กุมภาพันธ์ 2568) - ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินของโรค สามารถตอบคำถามที่พยาบาลให้ความรู้ได้ถูกต้อง สีหน้าคลายความวิตกกังวล มีกำลังใจในการรักษา บอกว่า “เมื่อเป็นแล้วก็ต้องสู้” ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดได้ถูกต้อง
	ระยะการวางแผนจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยและญาติขาดทักษะในการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ญาติถาม “ถ้ามีอาการอีกต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลไหนก่อนค่ะ มาที่โรงพยาบาลชุมแพได้เลยมั้ย” “ต้องไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลไหน” “เมื่อออกจากโรงพยาบาลต้องเตรียมอะไรบ้าง”

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
	O: มีสีหน้าวิตกกังวล ญาติซักถามข้อสงสัยเป็นระยะมีประวัติขาดการติดตามการรักษาต่อเนื่อง O: ผู้ป่วยและญาติทำกายภาพบำบัดไม่เป็น <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านได้อย่างถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้ถูกต้อง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> - ใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Theory of self-care deficit) ร่วมกับทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) เนื่องจากผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองบางส่วน โดยพยาบาลช่วยเหลือกิจกรรมที่จำเป็น สอนและให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ความรู้ เสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 2. ให้ข้อมูลโรค สาเหตุ การรักษา และการดูแลต่อเนื่อง 3. ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD ดังนี้ D (Diagnosis): ทำความเข้าใจกับโรคและภาวะแทรกซ้อน M (Medication): สอนการใช้ยาลดความดันโลหิต และยาลดไขมันอย่างถูกต้อง สังเกตุอาการข้างเคียงจากยา E (Environment): แนะนำการจัดบ้านให้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยการจัดให้ผู้ป่วยนอนชั้นหนึ่งของบ้าน จัดวางเตียงไว้ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก จัดเตียงให้ด้านอ่อนแรงอยู่ด้านนอกผนังบ้าน วางของใช้ไว้ด้านที่อ่อนแรง พื้นห้องน้ำควรแห้งตลอดเวลา โถส้วมควรเป็นชักโครก และมีราวจับในห้องน้ำ T (Treatment): สอน สาธิต และให้ฝึกทักษะ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
	การทำกายภาพบำบัด การยกแขนขา การฝึกทรงตัว การฝึกยืน และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น H (Health): การพักผ่อน และการส่งเสริมสุขภาพ O (Outpatient): แนะนำการมาตรวจตามนัดและการติดต่อทีมสุขภาพ การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 D (Diet): ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โปรตีนจากเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เน้นผัก ลดอาหารเค็ม อาหารมัน เมนูผัดทอด 4. ฝึกญาติเรื่องการพลิกตะแคงตัว ยกตัว และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมที่ทำ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู 6. ให้กำลังใจและเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ 7. ประเมินความเข้าใจซ้ำก่อนจำหน่าย และแนะนำการติดตามฟื้นฟูที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> (4 กุมภาพันธ์ 2568) - ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการดูแลตนเองและปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมถึงทำกายภาพบำบัดได้เหมาะสม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ พลัดตกหกล้ม หลอดเลือดดำอุดตัน <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก “อ่อนแรงแขนขาด้านซ้าย ยกขึ้นลำบาก” O: ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีญาติช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ พลัดตกหกล้ม หลอดเลือดดำอุดตัน <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ พลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	การพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
	หลอดเลือดดำอุดตัน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ด้านสัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BI และ/หรือ mRS การรับประทานอาหารและยา 2. ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแลด้านความรู้ในการดูแลต่อเนื่อง สัญญาณอันตราย การป้องกันการเกิดซ้ำ สภาพแวดล้อมบ้าน 3. วางแผนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และฝึกทักษะก่อนจำหน่าย โดยใช้ D-METHOD 4. ประสานงานเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 5. ให้ความรู้และเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนในชุมชน 6. ติดตามการมาพบแพทย์ตามนัดและเปิดช่องทางปรึกษาทางโทรศัพท์ <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> (21 กุมภาพันธ์ 2568) - ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติในวันที่มาตรวจตามนัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ญาติดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาทุกวันตามเวลาที่แพทย์สั่ง การทำกายภาพบำบัด วันละ 2 ครั้ง

จากตารางที่ 3 พบว่าทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกันคือ เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและขาดทักษะในการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน ส่วนข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกัน คือ รายที่ 1 มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเสี่ยงต่อการสำลักอาหารจากกลไกการกลืนบกพร่อง รายที่ 2 การเคลื่อนไหวบกพร่อง มีภาวะ hypokalemia ไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่บ้าน

4.6 สรุปกรณีศึกษา

รายที่ 1 ชายไทยอายุ 65 ปี มีอาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาตินำส่งผ่านระบบ stroke fast track ภายใน 4.5 ชั่วโมง แรกรับระดับความรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ GCS 15 คะแนน อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 158/87 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 96 % pupil 3 mm react to light good ทั้ง 2 ข้าง motor power right grade V left grade IV^+ NIHSS score 4 คะแนน

BI 40 คะแนน mRS 3 คะแนน ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ผล CT brain พบเลือดออกในเนื้อสมอง (ICH) ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด การเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ได้รับยา nicardipine และ transmin vein ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Theory of self-care) โดยเน้นการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และส่งเสริมความเข้าใจ (supportive-educative system) เพื่อให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ให้การพยาบาลครอบคลุมร่างกายและจิตใจ มีการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ติดตาม ประเมินผล เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการพยาบาล ผลการรักษาพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาลทั้ง 7 ข้อ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ GCS 15 คะแนน อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/83 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 100 % pupil 3 mm react to light good ทั้ง 2 ข้าง motor power grade V all NIHSS score ลดลงเหลือ 2 คะแนน BI เพิ่มขึ้นเป็น 100 คะแนน mRS ลดลงเหลือ 1 คะแนน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองได้ ระยะนอนโรงพยาบาล 6 วัน

รายที่ 2 ชายไทยอายุ 69 ปี มีอาการวิงเวียนศีรษะหน้ามืด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ชา ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 23 นาที เข้าระบบ stroke fast track แรกรับระดับความรู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง หลับปลุกตื่นง่าย ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย GCS 15 คะแนน อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 196/113 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99 % pupil 3 mm react to light good ทั้ง 2 ข้าง motor power right grade V left grade II NIHSS score 7 คะแนน BI แรกรับ 25 คะแนน mRS 4 คะแนน ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบความผิดปกติ incomplete right bundle branch block, T wave inversion V1–V6 และ brugada type II, LVH ผล CT brain พบเลือดออกในโพรงสมอง ไม่เข้าเกณฑ์การผ่าตัด สังเกตอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา nicardipine และ transmin vein ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation model) เพื่อส่งเสริมการปรับตัว ด้านต่างๆ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ของโอเร็ม โดยพยาบาลช่วยเหลือกิจกรรมที่จำเป็น สอนและให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ความรู้ เสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ติดตาม ประเมินผล เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการพยาบาล ผลการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอาการดีขึ้น ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ GCS 15 คะแนน อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/72 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 100 % pupil 3 mm react to light good ทั้ง 2 ข้าง motor power right grade V left grade III^+ NIHSS score ลดลงเหลือ 6 คะแนน BI เพิ่มขึ้นเป็น 55 คะแนน mRS ลดลงเหลือ 3 คะแนน บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล 9 ข้อ ต้องติดตามต่อเนื่อง 1 ข้อ เนื่องจากมีความพิการค่อนข้างมาก มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ญาติสามารถดูแลต่อเนื่องได้ รวมระยะวันนอนโรงพยาบาล 6 วัน และส่งต่อเข้าระบบฟื้นฟูระยะกลางที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแบบผู้ป่วยนอก ติดตามอาการต่อที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชุมแพ และส่งต่อติดตามอาการตามนัดคลินิกศัลยกรรมระบบประสาท (พบเลือดออกในโพรงสมองและไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท) และคลินิกโรคหัวใจตามนัดเดิม ที่โรงพยาบาลขอนแก่นหลังจำหน่าย 1 เดือน

สรุปอาการผู้ป่วยทั้ง 2 ราย รายที่ 1 อาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะนอนโรงพยาบาล 6 วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก จึงได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และส่งต่อการฟื้นฟูระยะกลางที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผลการดูแลรักษาพยาบาลพบว่า ทั้ง 2 ราย มีอาการทางระบบประสาทคงที่ อาการทั่วไปดีขึ้น ญาติสามารถดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

อภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ (65และ69 ปี) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 2 รายเข้ารับการรักษาด้วยอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ตรวจพบเลือดออกในสมอง โดยรายที่ 1 พบเลือดออกในเนื้อสมอง (ICH) ส่วนรายที่ 2 พบเลือดออกในโพรงสมอง (IVH) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่ม IVH มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (hydrocephalus) มากกว่า ICH เนื่องจากเลือดไปอุดกั้นการไหลเวียนของน้ำหล่อสมองไขสันหลัง ดังนั้นผู้ป่วยรายที่ 2 จึงมีอาการทางระบบประสาทรุนแรงกว่ารายที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ใช้แนวทางการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (non-surgical management) เนื่องจากมีค่า GCS > 13 ปริมาณเลือดที่ออก < 30 มิลลิลิตร และไม่พบ midline shift แนวทางการรักษาประกอบด้วยการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ < 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยให้ยาลดความดัน nicardipine เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงมากจะส่งผลทำให้เพิ่ม cerebral perfusion pressure: CPP และทำให้ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น สมองบวม hyperemia ซึ่งส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นได้, ให้ยา transamin เพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ, ให้สารน้ำ NSS ชนิด isotonic และไม่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ควบคุมให้ผู้ป่วยอยู่ใน euvolemic stage ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ที่ 140-180 mg/dl เนื่องจากภาวะ hyperglycemia จะเร่งให้เซลล์สมองมีอัตราการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อ penumbra neuron เกิด apoptosis มากขึ้นและเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ตามแนวทาง care map ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก การพยาบาลมุ่งเน้นการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (GCS) สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ภาวะสมองบวม สมองตายและเลือดออกซ้ำ พร้อมทั้งให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้หลัก D-METHOD และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ผลการพยาบาลพบว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตและการทำงานของระบบประสาทให้คงที่ ลดภาวะแทรกซ้อน เช่น IICP เน้นการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (systolic blood presser <140 มิลลิเมตรปรอท)[17] ด้านการฟื้นฟูการเริ่ม early rehabilitation โดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวและลดความพิการ การฟื้นฟูตั้งแต่ระยะเฉียบพลันช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการได้[18]

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกควรมุ่งป้องกัน IICP ป้องกันภาวะล้มเหลวของระบบหายใจ รักษาสมดุลของร่างกาย ดูแลแบบองค์รวม และวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งช่วยลดอัตราตายและความพิการระยะยาว มีรายงานชี้ว่าการวางแผนจำหน่ายด้วย D-METHOD & P ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ลดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[19]

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลชุมแพ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ การสูบบุหรี่และสูงอายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกคิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด การรักษาประกอบด้วยการผ่าตัดและการรักษาด้วยยา โดยมุ่งควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกขั้นตอนของการดูแล ตั้งแต่การประเมินและติดตามอาการทางระบบประสาท การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลหัตถการและการใช้ยา การส่งเสริมการฟื้นฟู การเคลื่อนไหวร่างกายและการกิจวัตรประจำวัน การจัดการโภชนาการ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้หลัก D-METHOD เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีความซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยการดูแลอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีมาตรฐาน เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤต เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ลดความแปรปรวนในการดูแล และส่งเสริมการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรส่งเสริมการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงระยะเตรียมจำหน่าย มีการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด ลดอัตราการกลับมานอนรักษาซ้ำ และควรมีการขยายผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ด้วย

3. ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพบูรณาการองค์ความรู้ด้านโรคหลอดเลือดสมองในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อให้การพยาบาลมีความชัดเจน ครอบคลุม และลดภาวะแทรกซ้อน

4. ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลเครือข่ายในการเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ กรณีผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่า 185/110 mmHg ให้มีการควบคุมความดันโลหิตด้วยยา nicardipine เพื่อช่วยลด ความรุนแรงของโรค

5. เชิญชวนโรงพยาบาลเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก รวมถึงระบบการส่งต่อในเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง เพื่อให้การคัดกรอง การรักษา และการส่งต่อผู้ป่วยรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. **ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.**[อินเทอเน็ต].2568 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2568] เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/db98b653287b753aab3b86222589f12e
2. World Stroke Organization (WSO): **Global Stroke Fact Sheet** 2023 [Internet]. 2025[2025 August 10]. Available from: https://www.world-stroke.org
3. โรงพยาบาลชุมแพ. **ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลชุมแพ**.[อินเทอเน็ต].2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2568]
4. รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไพบูลย์, ธนบูรณ์ วรกิจธำรงชัย. **การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบปฐมภูมิ**. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย [อินเทอร์เนต]. 2019 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2568];18(2); 29-39. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tcithaijo.org/index.php/jtss/article/view/185559/145115
5. กรรณิกา เจิมเทียนชัย, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์. **ปัจจัยที่มีผลกับการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองของประชาชนผู้มาออกกำลังกายในสวนสาธารณะกรุงเทพมหานคร**. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง [อินเทอร์เนต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2568];8(2): 178-192. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/iudcJ/article/view/265320
6. ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก**.มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564. น. 61
7. Kitagawa K. **Blood pressure management for secondary stroke prevention. Hypertension** Research. 2022;45(6):936-43. Available from: https:/doi.org/10.1038/s41440-022-00908-1 PubMed PMID:35437312
8. Strazzullo P, D'Elia L, Cairella G, Garbagnati F, Cappuccio FP, Scalfi L. **Excess body weight and incidence of stroke**: meta-analysis of prospective studies with 2 million participants. *Stroke*. 2010;41(5):e418–26.
9. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2565.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
10. สุมนา สืบสาย. **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทพี.วาทิน พับลิชชิ่ง; 2564.
11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง พ.ศ. 2566.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2566.
12. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย พ.ศ. 2566**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2566.
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
14. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2567 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2024).** กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2567.

15. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการใช้ยา Statin ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.

16. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2566.

17. World Stroke Organization. **The top 10 causes of death** [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 sep 15]. Available from: https;//www.who.int

18. เมธาพร มั่นคง, เฟื่องฟ้า ขอบคุณ. **การรักษาทางกายภาพบำบัดต่อการพัฒนาเรื่องการทรงตัวและการเดินภายใน 7 วันหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน**. วารสารวิชาการสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย [อินเทอร์เนต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2568];22(1): 32-43. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org

19. ธัญพิมล เกณสาคู, เตือนใจ สินอำไพสิทธิ์, วีรยุทธ ศรีทุมสุข. **ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน**. วารสารทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2568];21(3): 215-224. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index