

เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย  
Case Study: Nursing Care of Stroke – A Comparison of Two Cases

โดย

นายเชิดศักดิ์ น้อยเมือง

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย  
Case Study: Nursing Care of Stroke – A Comparison of Two Cases

นายเชิดศักดิ์ น้อยเมือง, พว\*  
Cherdsak Noymuang, RN\*

บทคัดย่อ

**บทนำ:** โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุข เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้น ๆ ของโลก และประเทศไทย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยและระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ทีมวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ความรุนแรงของโรค เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ลดการเสียชีวิต

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

**วิธีการศึกษา:** กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ โดยรวบรวมข้อมูล กระบวนการพยาบาลประเมินสุขภาพตาม 11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามหลัก 7 aspects of care

**ผลการศึกษา:** กรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเพศหญิง 2 รายที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลชุมแพ ด้วยระบบ Stroke Fast Track โดยผู้ป่วยรายที่ 1 นำส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีค่า NIHSS 12 คะแนน และ ASPECTS 5 คะแนน ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA โดยมี onset to needle time 1 ชั่วโมง 3 นาที ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 นำส่งโดยญาติ มีค่า NIHSS 7 คะแนน และ ASPECTS 9 คะแนน ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA โดยมี onset to needle time 3 ชั่วโมง 16 นาที การใช้กระบวนการ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับหลัก 7 aspects of care ตั้งแต่การคัดกรองของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อลดระยะเวลาารอคอยยา rt-PA และเฝ้าระวังอาการขณะส่งต่อเข้าสู่ Stroke Unit อย่างไร้รอยต่อ ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการทางระบบประสาทดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานฉุกเฉินและหน่วยดูแลเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**สรุป:** การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ต้องเน้นการเข้าถึงระบบ Fast Track ที่รวดเร็ว ร่วมกับการคัดกรองที่ครอบคลุมเพื่อลดระยะเวลาารอคอยยาในระยะวิกฤต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองแตก ภาวะพร่องออกซิเจน เป็นต้น และการเฝ้าระวังอาการขณะส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานเพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาล

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

\*Registered Nurse, Chumphae Hospital, Khonkaen,

## Case Study: Nursing Care of Stroke – A Comparison of Two Cases

*Cherdsak Noymuang, RN\**

### Abstract

**Introduction:** Ischemic stroke remains a major public health challenge and a leading cause of mortality and disability globally and in Thailand. Developing effective nursing processes and data reporting systems within Emergency Departments is crucial for clinical analysis and improving patient safety and survival rates.

**Objective:** To study and compare the nursing care of two patients with acute stroke.

**Methods:** This purposive case study focused on two female patients treated at ChumPhae Hospital. Data were collected through the nursing process, utilizing Gordon's 11 Functional Health Patterns for assessment, followed by nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation based on the 7 Aspects of Care framework.

**Results:** Both patients received treatment via the Stroke Fast Track system. Case 1, transported via EMS, presented with an NIHSS of 12 and ASPECTS of 5, achieving an onset-to-needle time of 1 hour 3 minutes. Case 2, brought by relatives, had an NIHSS of 7 and ASPECTS of 9, with an onset-to-needle time of 3 hours 16 minutes. Integrating Gordon's patterns with the 7 Aspects of Care from the initial emergency screening minimized delays in rt-PA administration and ensured seamless monitoring during transfer to the Stroke Unit. Both patients showed neurological improvement without complications or mortality, reflecting the efficacy of integrated nursing management between emergency and specialized units.

**Conclusion:** Nursing care for patients with acute stroke receiving thrombolytic therapy with rt-PA should emphasize rapid access to the Stroke Fast Track system, together with comprehensive early screening to reduce treatment delays during the critical period. Particular attention should be given to the prevention of complications, such as elevated intracranial pressure, intracerebral hemorrhage, and hypoxia, as well as to continuous monitoring during interdepartmental transfer, in order to ensure patient safety and achieve the highest possible effectiveness of treatment.

**Keywords:** acute stroke, nursing care

---

\*Registered Nurse, Chumphae Hospital, KhonKaen,

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease; CVD) หรือ Stroke เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานในปี ค.ศ. 2024 ว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่กว่า 12 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 6.5 ล้านรายต่อปีทั่วโลก<sup>(1)</sup> โดยร้อยละ 70 ของผู้รอดชีวิตมีความพิการบางส่วน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากโรคหัวใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว<sup>(2)</sup>

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services; EMS) มีบทบาทสำคัญตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (prehospital phase) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (in-hospital emergency care) และการส่งต่อ (interfacility transfer) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันเวลาที่<sup>(3)</sup> หลายประเทศได้พัฒนาแนวทางการคัดกรองและตอบสนองรวดเร็ว เช่น FAST ร่วมกับระบบสื่อสารแบบเรียลไทม์เพื่อลดเวลา onset-to-needle และเพิ่มอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)<sup>(4)</sup> ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่ามีอัตราการตายประมาณ 51.5 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี<sup>(5)</sup> ปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาระบบ Stroke Fast Track เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลในท้องฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน<sup>(6)</sup> อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ EMS และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยรวม<sup>(7)</sup>

โรงพยาบาลชุมแพเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ 5 ขนาด 360 เตียง เป็นเครือข่ายให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเริ่มระบบบริการ stroke fast track ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 รับส่งต่อผู้ป่วยจากอำเภอข้างเคียงรวมทั้งสิ้น 8 อำเภอ โดยมีหอผู้ป่วย stroke unit จำนวน 12 เตียง สำหรับดูแลผู้ป่วย acute stroke มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบบริการ stroke fast track ที่มีความพร้อมในการให้ยา rt-PA ได้ทันทีเมื่อมีข้อบ่งชี้ กรณีที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ที่ต้องได้รับการผ่าตัดและผู้ป่วย ischemic stroke ที่มีภาวะสมองบวม จะส่งไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลขอนแก่นหรือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหลักในการส่งไปรักษาต่อ

ดังนั้น การศึกษาทบทวนระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนถึงโรงพยาบาล ระหว่างการรักษาในท้องฉุกเฉินและในกระบวนการส่งต่อ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กรณีศึกษา 2 ราย

## ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย ที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Triage) แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale :NIHSS) ตัดสินใจให้การพยาบาล ใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ช่วยชีวิตเร่งด่วน การติดตามอาการและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจคุกคามถึงชีวิตของ

ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 22 -25 มิถุนายน 2567  
กรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม ถึงวันที่ 4 สิงหาคม 2567

### วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันย้อนหลัง 3 ปี
2. คัดเลือกกรณีศึกษา 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (acute stroke) นำมาเปรียบเทียบกัน จำนวน 2 ราย
3. ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ได้แก่ 1) ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) วินิจฉัยการพยาบาล 3) แผนการพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาลและ 5) ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล
6. ประเมินผลการพยาบาล แก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
7. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค
8. รายงานผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม
9. เผยแพร่ผลงาน

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ/สถานภาพสมรส	73 ปี/หม้าย	48 ปี/หย่าร้าง
ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)	30 kg/m <sup>2</sup> (18-24 kg/m <sup>2</sup> )	32.10 kg/m <sup>2</sup> (18-24 kg/m <sup>2</sup> )
เชื้อชาติ/ศาสนา	ไทย/พุทธ	ไทย/พุทธ
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา
อาชีพ	เกษตรกร	รับจ้าง
ที่อยู่	เลขที่ 51ม.4บ้านโนนลาน ต. โนนสะอาด อ.ชุมแพ จ.ขอนแก่น	เลขที่ 90 ม.3 บ้านโสกมะตูมต. โนนคูณ อ.คอนสาร จ.ชัยภูมิ
วันที่เข้ารับการรักษา	22 มิถุนายน 2567	31 กรกฎาคม 2567
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	25 มิถุนายน 2567	4 สิงหาคม 2567
รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล	3 วัน	4 วัน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time)	21 นาที	34 นาที
ระยะเวลาได้รับการส่งต่อ (Door to Admit)	32 นาที	44 นาที
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงได้รับยา ละลายลิ่มเลือด (Onset to needle time)	1 ชั่วโมง 3 นาที (4.5 ชั่วโมง)	3 ชั่วโมง 16 นาที (4.5 ชั่วโมง)

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัยเสี่ยงคล้ายคลึงกัน<sup>(8)</sup> ดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 73 ปี BMI 30 kg/m<sup>2</sup> กรณีศึกษารายที่ 2 BMI 30.10 kg/m<sup>2</sup> ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการตามมาตรฐานการรักษานักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ยังคงพบความแตกต่างกัน ดังนี้ ด้านการเข้าถึงบริการ รายที่ 1 มี Onset to needle time เพียง 63 นาที ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลชุมชนแพ 14 กิโลเมตร เดินทางโดยรถกอล์ฟใช้ระยะเวลา 15 นาที ซึ่งแสดงการรับรู้และเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ในขณะที่รายที่ 2 เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ ใช้เวลานานถึง 196 นาที ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลชุมชนแพ 16 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 30 นาทีจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ชุมชน และการคมนาคม รวมถึงระบบเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่<sup>(9,10)</sup>

## 2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขาซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 40 นาที	อ่อนแรงขาขวา ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 40 นาที
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะรดน้ำต้นไม้ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง โทรเรียกรถ 1669 กู้ชีพพบต. โนนสะอาดนำส่ง	2 ชั่วโมง 40 นาที ขณะเดินออกจากห้องน้ำมีอาการเดินเซ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ปวดศีรษะ นวดคลายปวดแล้วไม่ดีขึ้นญาติจึงนำส่งมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รักษาไม่ต่อเนื่องหยุดยาเอง	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดดำอุดตัน on warfarin หยุดยา 2 ปีรักษาไม่ต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี
ประวัติการเคยได้รับอุบัติเหตุ	ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุรุนแรง	4 ปีก่อนกระตุกขาข้างซ้ายหัก
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธการได้รับการผ่าตัด	ผ่าตัดขาซ้ายจากโรคหลอดเลือดดำอุดตัน
อาการแรกเริ่ม	09.30น. แกร็บรู้สึกตัวถม-ตอบรู้เรื่อง คัดกรองผู้ป่วยด้วย B-E-F-A-S-T และ ดูแลเข้าระบบ Stroke fast track ตามแนวปฏิบัติ Glasgow Coma Score (GCS) E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> Motor power : right arm grade 5, right leg grade 5, left arm grade 4, left leg grade 4, NIHSS 12 คะแนน (ค่าปกติ = 0 - 4 คะแนน) สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 °C ชีพจร 62 bpm อัตราหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 201/98 mmHg, O <sub>2</sub> sat 99 % ให้สารน้ำ NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr DTX 84 mg%	16.40 น. แกร็บรู้สึกตัวถม-ตอบรู้เรื่อง คัดกรองผู้ป่วยด้วย B-E-F-A-S-T และ ดูแลเข้าระบบ Stroke fast track ตาม แนวปฏิบัติ Glasgow Coma Score (GCS) E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> Motor power : right arm grade 4, right leg grade 4, left arm grade 5, left leg grade 5, NIHSS 7 คะแนน (ค่าปกติ = 0 - 4 คะแนน) สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.1 °C ชีพจร 67 bpm อัตราหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 230/111 mmHg, O <sub>2</sub> sat 99 % ให้สารน้ำ NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr DTX 333 mg%
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (computer tomography scan: CT scan)	1. Acute infarction at right parietal lobe, right insular cortex, and right internal capsule (ASPECTS=5)	1.Acute cerebral infarction at left frontal region (M5), (ASPECTS=9)
เกณฑ์แปลผล ASPECTS	2. Acute infarction at right parietal lobe, Relative effacement of right insular cortex with partially poor delineation of right caudate nucleus and right internal capsule, probably acute infarction, Aging brain atrophy	
8-10 คะแนน สมองขาดเลือดเล็กน้อย		
6-7 คะแนน สมองขาดเลือดปานกลาง		
0-5 คะแนน สมองขาดเลือดรุนแรง		

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
	ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
	<u>31/7/2567</u>		<u>22/6/2567</u>	
PTT	23.2 sec	ปกติ	26.1 sec	ปกติ
Platelet count	283,000 cells/ul	ปกติ	245,000 cells/ul	ปกติ
PT	11.3 sec	ปกติ	10.09	ปกติ
INR	1.02	ปกติ	0.98	ปกติ
Blood Glucose	84 mg/dL	ปกติ	333mg/dL	สูงกว่าปกติ
K	4.03 mmol/L	ปกติ	4.15mmol/L	ปกติ
Na	137.7 mmol/L	ปกติ	131.6mmol/L	ปกติ
CL	107.1 mmol/L	ปกติ	99.8mmol/L	ปกติ
CO <sub>2</sub>	23 mmol/L	ปกติ	21 mmol/L	ปกติ
การวินิจฉัยโรค	Acute Stroke		Acute Stroke	

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถเข้าถึงระบบ stroke fast track ได้ทันภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มอาการโดยพบอาการตามเกณฑ์ B-E-F-A-S-T ทั้ง 2 ราย มีปากเบี้ยว แขน ขาอ่อนแรง เดินเซ พูดไม่ชัด รายที่ 1 นำส่งโดย EMS NIHSS 12 คะแนนผล CT scan (ASPECTS=5) มีสมองขาดเลือดระดับรุนแรง แต่รายที่ 2 ญาตินำส่งเองหลังจากการนัดคลายเส้น ประวัติหลอดเลือดดำอุดตัน NIHSS 7 คะแนนผล CT scan (ASPECTS=9) มีสมองขาดเลือดเล็กน้อย นอกจากนี้ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด<sup>(12,13)</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 1.5 – 2 เท่า<sup>(14)</sup> และผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็น acute stroke

### 3. ข้อมูลประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สภาพทั่วไป	รู้สึกตัว แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ด้านซ้ายพูดไม่ชัด	รู้สึกตัว แขนขาข้างขวามืออ่อนแรงเดินเซ ปากเบี้ยวลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก 57 kg ส่วนสูง 138 cm BMI = 30 kg/m <sup>2</sup> อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-24 kg/m <sup>2</sup> )	น้ำหนัก 93 kg ส่วนสูง 170 cm BMI = 32.10 kg/m <sup>2</sup> อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18 -24 kg/m <sup>2</sup> )

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ (ต่อ)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<b>สัญญาณชีพ</b>	อุณหภูมิร่างกาย 37.0 °C ชีพจร 76 bpm อัตราการหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 201/98 mmHg	อุณหภูมิร่างกาย 37.1 °C ชีพจร 94 bpm อัตราการหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 230/111 mmHg
<b>ผิวหนัง</b>	ผิวหนังแห้งเล็กน้อย ไม่มีบาดแผลหรือผื่นคัน	ผิวหนังชุ่มชื้นดี มีรอยแผลเป็นจากการผ่าตัดที่ขาข้างซ้าย
<b>ใบหน้า</b>	มีใบหน้าเขียว ปากเขียวด้านซ้าย ไม่มีบาดแผลตามใบหน้า	ใบหน้าสมมาตร ผิวสะอาด ไม่มีรอยแผล
<b>ปาก</b>	- ปากเขียวด้านซ้าย ไม่มีแห้งแตก - พูดไม่ชัดอย่างมาก	- ปากเขียวด้านขวา ปากชุ่มชื้นไม่แห้งแตก - ลิ้นแข็งพูดไม่ชัดอย่างมาก
<b>ระบบประสาท</b>	GCS E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> ลืมตาได้เอง พูดคุยรู้เรื่อง ทำตาม	GCS E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> ลืมตาได้เอง พูดคุยรู้เรื่อง ทำตาม
<b>เกณฑ์คะแนน NIHSS</b>	คำสั่งได้ถูกต้อง NIHSS = 12 คะแนน	คำสั่งได้ถูกต้อง NIHSS = 7 คะแนน
<b>0 ไม่พบความผิดปกติ</b>	- ลูกตาเคลื่อนไหวได้ในแนวราบ (2 คะแนน) - กล้ามเนื้อใบหน้าไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (3 คะแนน)	- กล้ามเนื้อใบหน้า อ่อนแรงมาก (2 คะแนน) - ยกแขนขาต้านแรงโน้มถ่วงได้ (1 คะแนน) - ยกขาขาขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้ (2 คะแนน)
<b>1-4 ผิดปกติเล็กน้อย</b>	- ยกแขนซ้ายต้านแรงโน้มถ่วงได้ (1 คะแนน)	- พูดไม่ชัดอย่างมาก (2 คะแนน)
<b>5-15 ผิดปกติปานกลาง</b>	- ยกขาซ้ายขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้ (2 คะแนน)	
<b>16-20 ผิดปกติรุนแรง</b>	- ไม่รู้สีเวลาถูกสัมผัส (2 คะแนน)	
<b>21-42 ผิดปกติรุนแรงมาก</b>	- พูดไม่ชัดอย่างมาก (2 คะแนน) - ASPECTS = 5 เนื้อสมองมีความเสียหายระดับรุนแรง	- ASPECTS = 9 เนื้อสมองมีความเสียหายเล็กน้อย
<b>ระบบหัวใจและหลอดเลือด</b>	รูปร่างทรวงอกทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ชีพจร 62 bpm สม่ำเสมอ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ EKG ปกติ ความดันโลหิต 201/98 mmHg	รูปร่างทรวงอกทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ชีพจร 94 bpm สม่ำเสมอ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ EKG ปกติ ความดันโลหิต 230/111 mmHg
<b>ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ</b>	แขน ขาซ้าย อ่อนแรง กำลังแขนขาต้านขวาระดับ 5 กำลังแขนขาต้านซ้ายระดับ 4	แขน ขาขวา อ่อนแรง กำลังแขนขาต้านขวาระดับ 4 กำลังแขนขาต้านซ้ายระดับ 5

จากตารางที่ 3 พบว่า จากข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายมีการคัดกรองผู้ป่วย Stroke ด้วย B-E-F-A-S-T, GCS, NIHSS, CT scan ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมแพ Stroke fast track โดยในรายที่ 1 ผู้ป่วยพบภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณ Right Parietal lobe, Insular cortex และ Internal capsule ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมการรับรู้และเคลื่อนไหว ส่งผลให้แสดงอาการปากเบี้ยวและอ่อนแรงซีกซ้ายอย่างชัดเจน โดยมีค่า NIHSS แกร็บ 12 คะแนน และ ASPECTS 5 คะแนน สะท้อนถึงความเสียหายของเนื้อสมองในระดับรุนแรง ขณะที่รายที่ 2 พบรอยโรคบริเวณ Left Frontal region (M5) ส่งผลให้มีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด และอ่อนแรงซีกขวา เดินเซ โดยมีค่า NIHSS 7 คะแนน และ ASPECTS 9 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความเสียหายในระยะเริ่มต้นเพียงเล็กน้อย และมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่าในการฟื้นตัว จากข้อมูลสนับสนุนผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้าเกณฑ์การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสมองขาดเลือด

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยได้รับประเมินคัดกรองอย่างมีประสิทธิภาพด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับหลัก 7 Aspects of Care ส่งผลให้ได้รับการรักษาด้วยยา (rt-PA) ภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที<sup>(15)</sup> โดยรายที่ 1 และ 2 ภายในเวลาเพียง 21 และ 34 นาที ตามลำดับผลลัพธ์การดูแลพบว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดเลือดออกในสมองซ้ำ และไม่มีอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม สะท้อนถึงความสำเร็จของคุณภาพการพยาบาลเพื่อลดความพิการและเสียชีวิตผลการศึกษานี้ยืนยันถึงความสำคัญของการใช้เครื่องมือมาตรฐานและการประเมินพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับอาการทางคลินิกที่แสดงออกและมาตรฐานการบริการสุขภาพในระดับวิชาชีพอย่างยั่งยืน

#### 4. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	Objective data (O): BMI = 30 kg/m <sup>2</sup> อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-24 kg/m <sup>2</sup> ) O : มีแขน ขาอ่อนแรงข้างซ้าย Subjective data (S): มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ S : รับประทานต่อเนื่อง	Objective data (O): BMI = 32.10 kg/m <sup>2</sup> อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-24 kg/m <sup>2</sup> ) O : มีแขน ขาอ่อนแรงข้างขวา “ไม่คิดถึงโรคหลอดเลือดสมอง” ญาติพาไปนวดคลายปวด Subjective data (S): มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูง รักษาที่รพ.สต. โนนคูณ และโรงพยาบาลคอนสาร หยุดยาเอง
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ	S : “ชอบอาหารพื้นบ้านรสจัด ขมไทย” O : BMI = 30 kg/m <sup>2</sup> อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-24 kg/m <sup>2</sup> ) O : ไม่พบปัญหาทาลิ้นลำบาก	S : “ชอบดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม อาหารรสจัด ผัด ทอด” O : BMI = 32.10 kg/m <sup>2</sup> อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-24 kg/m <sup>2</sup> ) O : พบปัญหาทาลิ้นลำบากเล็กน้อย

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	- ไม่พบปัญหา	O: กลั้นปัสสาวะไม่ได้
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	O: motor power left grade 4, right grade 5 ทำกิจวัตรประจำวันได้โดยมีบุตรสาวมีบุตรสาวช่วยดูแล เสียงพลัดตกหกล้ม	O: motor power left grade 5, right grade 4 ทำกิจวัตรประจำวันได้โดยมีบุตรสาวช่วยดูแล เสียงพลัดตกหกล้ม
แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้	O: ระดับความรู้สึกรู้ตัว E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> ลืมตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ CT brain 22/06/2024: acute infarction at right parietal lobe, insular cortex, basal ganglia, and internal capsule (ASPECTS = 5)	O: ระดับความรู้สึกรู้ตัว E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> ลืมตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ CT brain 31/07/2024: acute infarction บริเวณ left frontal region (M5), (ASPECTS = 9)
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล S: “กลัวเดินไม่ปกติกลัวเป็นภาระของคนในครอบครัว” ลูกสาวเป็นผู้ดูแล	O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล S: “กลัวเดินไม่ปกติ รู้สึกมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคิดว่าจะไม่ได้กลับไปทำงานต้องพึ่งพาบุตร”

จากตารางที่ 4 พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะอ้วนระดับ 2 โรคประจำตัวหลายโรค และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง ส่งผลให้การควบคุมโรคไม่เป็นที่ไปตามเป้าหมาย ในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงตำแหน่งรอยโรคสมองรายที่ 1 อ่อนแรงซีกซ้าย ร่วมกับความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวันและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยรายที่ 2 อ่อนแรงซีกขวา มีภาวะกลืนลำบากและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจและระบบขับถ่าย แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะมีระดับความรู้สึกรู้ตัวและการรับรู้ปกติ แต่พบความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพ การพึ่งพาผู้อื่น และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหวบกพร่อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองบกพร่อง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และความวิตกกังวล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย วางแผน และดูแลอย่างเป็นระบบและองค์รวม

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาหมายเลขที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาหมายเลขที่ 2
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากเซลล์สมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแบบเฉียบพลัน</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ เนื่องจากเซลล์สมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแบบเฉียบพลัน</p>
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>
<p>S: “มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ตั้งแต่เช้า (08.50 น.) ขณะรดน้ำต้นไม้”</p>	<p>S: “มีอาการแขนขาขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ตั้งแต่บ่าย (14.00 น.)”</p>
<p>S: “มีอาการปวดหัว ให้คะแนนความปวดเต็ม 10”</p>	<p>S: “มีอาการปวดหัว ให้คะแนนความปวดเต็ม 10 ญาติพาไป</p>
<p>O: GCS = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> สืบตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่ง ได้ถูกต้อง</p>	<p>O: GCS = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> สืบตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่องทำ ตามคำสั่ง ได้ถูกต้อง</p>
<p>O: NIHSS= 12 คะแนนเคลื่อนไหวลูกตาได้ในแนวราบ (2 คะแนน)</p>	<p>O: NIHSS =7 คะแนน กล้ามเนื้อใบหน้า อ่อนแรงมาก (2 คะแนน)</p>
<p>- กล้ามเนื้อใบหน้าไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (3 คะแนน)</p>	<p>- ยกแขนขวาด้านแรงโน้มถ่วงได้ (1 คะแนน)</p>
<p>- ยกแขนซ้าย ด้านแรงโน้มถ่วงได้ (1 คะแนน)</p>	<p>- ยกขาขวาขึ้นด้านแรงโน้มถ่วงได้ (2 คะแนน)</p>
<p>- ยกขาซ้ายขึ้นด้านแรงโน้มถ่วงได้ (2 คะแนน)</p>	<p>- พูดไม่ชัดอย่างมาก(2 คะแนน)</p>
<p>- ไม่รู้สึกเวลาถูกสัมผัส (2 คะแนน)</p>	<p>O: ผล CT brain 31/07/2024: acute infarction บริเวณ left</p>
<p>- พูดไม่ชัดอย่างมาก (2 คะแนน)</p>	<p>frontal region (M5), ASPECTS = 9 เนื้อสมองมีความเสียหายเล็กน้อย ผู้ป่วยมีใบหน้าและปากเบี้ยวข้างขวา</p>
<p>O: ผล CT brain 22/06/2024: acute infarction at right parietal lobe, insular cortex, basal ganglia, and internal capsule (ASPECTS = 5) เนื้อสมองมีความเสียหายระดับรุนแรง ผู้ป่วยมีใบหน้าเบี้ยวซ้าย</p>	<p>O: อุณหภูมิร่างกาย 37.1°C ชีพจร 67 bpm อัตราหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 230/111 mmHg, O<sub>2</sub>sat = 99%</p>
<p>O: อุณหภูมิร่างกาย 37.0°C ชีพจร 67 bpm อัตราหายใจ 20 bpm สม่าเสมอ ความดันโลหิต 201/98 mmHg O<sub>2</sub>sat = 99 %</p>	<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสมองได้รับเลือดและออกซิเจนเพียงพอ O<sub>2</sub>sat = 99 %</p>
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสมองได้รับเลือดและออกซิเจนเพียงพอ O<sub>2</sub>sat = 99 %</p>	<p>2. เพื่อป้องกันการบวมของสมองและลดการกดทับเนื้อสมอง</p>
<p>2. เพื่อป้องกันการบวมของสมองและลดการกดทับเนื้อสมอง</p>	<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>
<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>	<p>1. สัญญาณทางระบบประสาทปกติไม่เลวลงจากเดิม GCS ลดลง ≥ 2 รายงานแพทย์ทันที</p>
<p>1. สัญญาณทางระบบประสาทปกติไม่เลวลงจากเดิม GCS ลดลง ≥ 2 รายงานแพทย์ทันที</p>	<p>2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 °C ชีพจร 60 - 100 bpm อัตราการหายใจ 16-24 bpm สม่าเสมอ</p>

**ตารางที่ 6** ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาหมายเลขที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาหมายเลขที่ 2
<p>2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 °C ชีพจร 60 -100 bpm อัตราการหายใจ 16-24 bpm สม่ำเสมอ ความดันโลหิต &lt;180/105 mmHg</p>	<p>ความดันโลหิต &lt;180/105 mmHg</p> <p>3. ไม่พบอาการซึม สับสน ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง</p>
<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>
<p>1. ประเมินอาการทางระบบประสาทระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งตามแผนการรักษาจนกว่าอาการจะคงที่ ถ้าผิดปกติ GCS ลดลง <math>\geq 2</math> รายงานแพทย์ทันทีเกณฑ์เฝ้าระวังความดันโลหิต &lt; 180/105 mmHg</p>	<p>1. ประเมินอาการทางระบบประสาทระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งตามแผนการรักษาจนกว่าอาการจะคงที่ถ้าผิดปกติ GCS ลดลง <math>\geq 2</math> รายงานแพทย์ทันทีเกณฑ์เฝ้าระวังความดันโลหิต &lt; 180/105 mmHg</p>
<p>2. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน NIHSS ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่</p>	<p>2. ประเมินสัญญาณชีพ NIHSS ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่</p>
<p>3. จัดทำนอนของผู้ป่วยให้คอและศีรษะให้อยู่ในแนวตรงทำสูง 15-30 องศา หลีกเลี่ยงการพับงอลำคอหรือหมุนศีรษะ การไอ จาม และการเบ่งถ่าย</p>	<p>3. จัดทำนอนของผู้ป่วยให้คอและศีรษะให้อยู่ในแนวตรงทำสูง 15-30 องศา หลีกเลี่ยงการพับงอลำคอหรือหมุนศีรษะการไอ จาม และการเบ่งถ่าย</p>
<p>4. เฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจร และอัตราการหายใจไม่สม่ำเสมอ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก อากาศปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน และชักเกร็ง</p>	<p>4. เฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจร และอัตราการหายใจไม่สม่ำเสมอ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก อากาศปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน และชักเกร็ง</p>
<p>5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา rt-PA (10%) = 5.13 mg iv bolus in 1 minute then rt-PA (90%) = 46.12 mg iv drip in 60 minute</p>	<p>5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา rt-PA (10%) = 8.37 mg iv bolus in 1 minute then rt-PA (90%) = 75.33 mg iv drip in 60 minute</p>
<p>6. ดูแลให้ยาขยายหลอดเลือด Nicardipine 20 mg + nss 80 ml vein drip rate 5 ml/hr โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของการได้รับยา เช่น ความดันโลหิตลดลง ซึมลง</p>	<p>6. ดูแลให้ยาขยายหลอดเลือด Nicardipine 20 mg + nss 80 ml vein drip rate 5 ml/hr โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของการได้รับยา เช่น ความดันโลหิตลดลง ซึมลง</p>
<p>7. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ถึงความจำเป็นตามแนวทางการรักษา และประสานงานส่งต่อเพื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</p>	<p>7. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ถึงความจำเป็นตามแนวทางการรักษา และประสานงานส่งต่อเพื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</p>

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการแพทย์ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
<p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถาม-ตอบรู้เรื่องลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่ง ได้ถูกต้อง GCS = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> motor power left grade 4, right grade 5, ผลการประเมิน NIHSS จาก 12 คะแนนลดลงเหลือ 7 พุดออกเสียงได้ปกติ การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อใบหน้าปกติ การรับความรู้สึกปกติ กำลังขา ซ้ายต้านแรงโน้มถ่วงได้ ผล CT brain หลังได้ rt-PA no definite evidence of intracranial hemorrhage ASPECTS = 5 ไม่พบอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สับสน ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง</p>	<p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถาม-ตอบรู้เรื่องลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่ง ได้ถูกต้อง GCS = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> motor power left grade 5, right grade 4, ผลการประเมิน NIHSS จาก 7 คะแนนลดลงเหลือ 4 พุดออกเสียงได้ปกติ การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย กำลังขา ขวาต้านแรงโน้มถ่วงได้ CT brain หลังได้ rt-PA acute infarction บริเวณ left frontal region (M5), ASPECTS = 9 พบรอยโรคเดิม ไม่พบอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สับสน ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาล 2 มีโอกาสเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก เนื่องจากความดันโลหิตสูง</b></p>	<p><b>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาล 2 มีโอกาสเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก เนื่องจากความดันโลหิตสูง</b></p>
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: “หยุดยาลดความดันโลหิตสูงเอง เพราะอาการปกติดี ไม่มีปวดศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย”</p> <p>O: ความดันโลหิต = 201/98 mmHg</p> <p>: GCS = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ลืมตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ถูกต้อง</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: “รักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่อเนื่อง ไม่สะดวกไปรับยาเพราะไปทำงาน”</p> <p>O: ความดันโลหิต = 230/111 mmHg</p> <p>: GCS = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ลืมตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ถูกต้อง</p>
<p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก</p>	<p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก</p>
<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สัญญาณทางระบบประสาทปกติไม่เลวลงจากเดิม GCS ลดลง <math>\geq</math> 2 รายงานแพทย์ทันที</li> <li>2. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด &lt; 180/105 mmHg</li> <li>3. ผล CT brain ไม่มีเลือดออกในสมอง</li> </ol>	<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สัญญาณทางระบบประสาทปกติไม่เลวลงจากเดิม GCS ลดลง <math>\geq</math> 2 รายงานแพทย์ทันที</li> <li>2. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด &lt; 180/105 mmHg</li> <li>3. ผล CT brain ไม่มีเลือดออกในสมอง</li> </ol>
<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>ประเมินอาการทางระบบประสาทระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งตามแผนการรักษา จนกว่าอาการจะคงที่ ถ้าผิดปกติ GCS</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>ประเมินอาการทางระบบประสาทระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งตามแผนการรักษาจนกว่าอาการจะคงที่ ถ้าผิดปกติ</p>

**ตารางที่ 6** ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ลดลง <math>\geq 2</math> รายงานแพทย์ทันทีเกณฑ์เฝ้าระวังความดันโลหิต <math>&lt; 180/105</math> mmHg</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สังเกตอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูง ค่าความดันซีพจรอยู่ระหว่าง 30-50 mmHg อัตราการหายใจไม่สม่ำเสมอ แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น</li> <li>2. จัดทำนอนของผู้ป่วยให้คอและศีรษะให้อยู่ในแนวตรง ทำสูง 15-30 องศา หลีกเลี่ยงการปั๊มอลาคอหรือหมุนศีรษะการไอ จาม และการเบ่งถ่าย</li> <li>3. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตสูง Nicardipine 20 mg + nss 80 ml vein drip 5 ml/hr โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของการได้รับยา เช่น หน้าแดงวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตลดลง หัวใจเต้นเร็ว ต้องรีบแจ้งพยาบาลผู้ดูแลทันที</li> <li>4. ดูแลให้ยาลดไขมัน Atorvastatin 40 mg 1 tab oral hs เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของการได้รับยา เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะออกน้อยเป็นต้น บันทึกสารน้ำเข้า - ออก ร่างกายทุก 8 ชั่วโมง</li> <li>5. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ</li> </ol>	<p>GCS ลดลง <math>\geq 2</math> รายงานแพทย์ทันทีเกณฑ์เฝ้าระวังความดันโลหิต <math>&lt; 180/105</math> mmHg</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สังเกตอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูง ค่าความดันซีพจรอยู่ระหว่าง 30-50 mmHg อัตราการหายใจไม่สม่ำเสมอ แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น</li> <li>2. จัดทำนอนของผู้ป่วยให้คอและศีรษะให้อยู่ในแนวตรง ทำสูง 15-30 องศา หลีกเลี่ยงการปั๊มอลาคอหรือหมุนศีรษะการไอ จาม และการเบ่งถ่าย</li> <li>3. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตสูง Nicardipine 20 mg + nss 80 ml vein drip 5 ml/hr โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา Enalapril 5 mg 1 tab oral bid pc ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของการได้รับยา เช่น หน้าแดงวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตลดลง หัวใจเต้นเร็ว ต้องรีบแจ้งพยาบาลผู้ดูแลทันที</li> <li>4. ดูแลให้ยาลดไขมัน Atorvastatin 40 mg 1 tab oral hs เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของการได้รับยา เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะออกน้อย บันทึกสารน้ำเข้า - ออก ร่างกายทุก 8 ชั่วโมง</li> <li>5. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ</li> </ol>
<p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p>	<p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p>
<p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีอาการปวดศีรษะ ซีพจร 64 bpm อัตราการหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 137/73 mmHg O<sub>2</sub>sat 99%, GCS 15 คะแนน แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power left grade 4 right grade 5, ผล CT brain หลังได้ rt-PA no</p>	<p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีอาการปวดศีรษะ ซีพจร 80 bpm, อัตราหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 148/86 mmHg O<sub>2</sub>sat 99%, GCS = 15 คะแนน แขนขาข้างขวาอ่อนแรง</p>

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการแพทย์ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<p>definite evidence of intracranial hemorrhage ASPECTS = 5 ปัสสาวะปกติ</p>	<p>motor power left grade 5, right grade 4, ผล CT brain หลังได้ rt-PA acute infarction บริเวณ left frontal region (M5), ASPECTS = 9 ปัสสาวะปกติ</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาล 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด</b></p>	<p><b>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาล 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด</b></p>
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>
<p>O: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย acute stroke : ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง</p>	<p>O: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย acute stroke : ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาด้านขวาอ่อนแรง</p>
<p>O: ผล CT brain 22/06/2024: acute infarction at right parietal lobe, insular cortex, basal ganglia, and internal capsule, ASPECTS = 5 เนื้อสมองมีความเสียหายระดับรุนแรง</p>	<p>O: CT brain 31/07/2024: acute infarction บริเวณ left frontal region (M5), ASPECTS = 9 เนื้อสมองมีความเสียหายเล็กน้อย</p>
<p>O: ได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำที่ห้อง CT scan</p>	<p>O: ได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำที่ห้อง CT scan</p>
<p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p>	<p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p>
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)</p>
<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>	<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผล CT brain หลังได้ rt-PA ไม่มีเลือดออกในสมอง</li> <li>2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออก เช่น ซีมลง สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ</li> <li>3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เลวลงจากเดิม GCS ลดลง <math>\geq 2</math> รายงานแพทย์ทันที</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผล CT brain หลังได้ rt-PA ไม่มีเลือดออกในสมอง</li> <li>2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออก เช่น ซีมลง สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ</li> <li>3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เลวลงจากเดิม GCS ลดลง <math>\geq 2</math> รายงานแพทย์ทันที</li> </ol>
<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทระดับความรู้สึกตัวระหว่างส่งต่อไปยัง stroke unit - ทุก 15 นาที ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง เกณฑ์เฝ้าระวังความดันโลหิต &lt; 180/105 mmHg GCS ลดลง <math>\geq 2</math> รายงานแพทย์ทันที</li> <li>2. ประเมินสัญญาณชีพ NIHSS ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทระดับความรู้สึกตัวระหว่างส่งต่อไปยัง stroke unit - ทุก 15 นาที ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง เกณฑ์เฝ้าระวังความดันโลหิต &lt; 180/105 mmHg GCS ลดลง <math>\geq 2</math> รายงานแพทย์ทันที</li> <li>2. ประเมินสัญญาณชีพ NIHSS ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที</li> </ol>

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2
<p>จนอาการคงที่ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที</p> <p>3. จัดท่านอนของผู้ป่วยให้ศีรษะให้อยู่ในแนวตรงทำสูง 15-30 องศา หลีกเลี่ยงการพับงอลำคอหรือมอมหมุน ศีรษะมากเกินไป 90 องศา และเฝ้ารอวังไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด โดยการให้ออกซิเจน</p> <p>4. จัดพยาบาลวิชาชีพนำส่งผู้ป่วย Stroke fast track ไปห้องตรวจ CT Scan, CXR กรณี Ischemic stroke เข้าข่ายให้ยา rt-PA ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ Stroke Nurse</p> <p>5. ให้ข้อมูลการรักษา ก่อนลงนาม inform consent</p> <p>6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา rt-PA (10%) = 5.13 mg iv bolus in 1 minute then rt-PA (90%) = 46.12mg iv drip in 60 minute</p> <p>6. แนะนำการปฏิบัติตัวและดูแลห้องน้ำ งดอาหาร และให้พักผ่อนบนเตียงใน 24 ชั่วโมง</p> <p>7. ประสานงานส่งต่อเพื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>8. พร้อมพยาบาลนำส่งที่หอผู้ป่วย stroke unit</p>	<p>3. จัดท่านอนของผู้ป่วยให้ศีรษะให้อยู่ในแนวตรงทำสูง 15-30 องศา หลีกเลี่ยงการพับงอลำคอหรือมอมหมุน ศีรษะมากเกินไป 90 องศา และเฝ้ารอวังไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด โดยการให้ออกซิเจน</p> <p>4. จัดพยาบาลวิชาชีพนำส่งผู้ป่วย Stroke fast track ไปห้องตรวจ CT Scan, CXR กรณี Ischemic stroke เข้าข่ายให้ยา rt-PA ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ stroke nurse</p> <p>5. ให้ข้อมูลการรักษา ก่อนลงนาม inform consent</p> <p>6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา rt-PA (10%) = 8.37 mg iv bolus in 1 minute then rt-PA (90%) = 75.33 mg iv drip in 60 minute</p> <p>7. แนะนำการปฏิบัติตัวและดูแลห้องน้ำ งดอาหาร และให้พักผ่อนบนเตียงใน 24 ชั่วโมง</p> <p>8. ประสานงานส่งต่อเพื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมพยาบาลนำส่งที่หอผู้ป่วย stroke unit</p>
<b>การประเมินผล</b>	<b>การประเมินผล</b>
<p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย GCS = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ลืมตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ motor power left grade 4, right grade 5, CT brain หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) no definite evidence of intracranial hemorrhage NIHSS=7 คะแนน พุดออกเสียงได้ปกติ การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าปกติ การรับรู้รู้สึกปกติ ยกขาซ้ายขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้</p>	<p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย GCS = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ลืมตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ motor power left grade 5, right grade 4 ผล CT brain หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) no definite evidence of intracranial hemorrhage ประเมิน NIHSS= 4 คะแนน การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พุดออกเสียงได้ปกติ ยกขาขวาขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้</p>

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการแพทย์ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมอง เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวาง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 4 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p>
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>
<p>O: ผล CT brain 22/06/2024 พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันด้านขวา แต่ไม่พบเลือดออกในสมอง</p>	<p>O: DTX = 333 mg%</p>
<p>O: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย acute stroke</p>	<p>O: ประวัติโรคประจำตัว เบาหวานรักษาไม่ต่อเนื่อง</p>
<p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p>	<p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p>
<p>: เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมอง</p>	<p>1. เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดสูง</p>
<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>	<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>
<p>ระดับ <math>O_2\text{sat}</math> = 95-100 % อัตราการหายใจไม่เกิน 20 bpm</p>	<p>ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัยจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p>
<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>
<p>1. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยใช้เครื่อง monitor หากมีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา 2. ประเมินการอุดตันทางเดินหายใจ สังเกตอัตราการหายใจสม่ำเสมอหรือไม่ หากมีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน</p>	<p>1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ตื่นน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1,000 ml iv drip rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา 4. ให้อาหารระดับน้ำตาลในเลือด Mixtard 30-0-25 unit sc ac และ Metformin 500 mg 2 tab oral bid pc เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียง 5. ของการได้รับยาเช่น ซึ่มลง เหงื่อออก ตัวเย็น หิว 6. ดูแลจัดอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม</p>
<p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p>	<p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p>
<p>ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 bpm <math>O_2\text{sat}</math> = 100 %</p>	<p>ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 97-137 mg%</p>

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย</b></p>	<p><b>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมอง เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวาง</b></p>
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>
<p>S: ญาติถามว่าอาการของผู้ป่วย จะเป็นเหมือนเดิมหรือไม่ จะต้องทำอะไร ผู้ป่วยอายุเยอะแล้ว</p>	<p>O: CT brain 31/07/2024 พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันด้านซ้าย ไม่พบเลือดออกใหม่ในสมอง มีร่องรอยสมองเคยขาดเลือดมาก่อน</p>
<p>O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล</p>	<p>O: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย acute stroke</p>
<p>O: ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน</p>	
<p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p>	<p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p>
<p>เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย</p>	<p>เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมอง</p>
<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>	<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>
<p>ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและให้ความร่วมมือในการรักษา</p>	<p>ระดับ <math>O_2\text{sat} = 95-100\%</math> อัตราหายใจไม่เกิน 20 bpm</p>
<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>
<p>1. สังเกตและประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากพฤติกรรม</p>	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยใช้เครื่อง monitor หากมีอาการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา</p>
<p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้กำลังใจ</p>	<p>2. ประเมินการอดทนทางเดินหายใจ สังเกตอัตราการหายใจสม่ำเสมอหรือไม่ หากมีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที</p>
<p>3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาการของโรค แผนการรักษา การให้ยาลดคลอเลสเตอรอลและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นชื่อในใบยินยอมการรักษาหลังจากทราบข้อมูลจากทีมแพทย์ผู้รักษา</p>	<p>3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา</p>
<p>4. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง และให้ข้อมูลเป็นระยะเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพฉุกเฉิน</p>	<p>4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาลดคลอเลสเตอรอลตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน</p>
<p>5. อธิบายให้ทราบถึงความเร่งด่วนที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันที่</p>	<p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p>
<p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ</p>
<p>ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียดได้</p>	<p>20 bpm <math>O_2\text{sat} = 100\%</math></p>

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 6 เสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p>
<p>O: ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ลืมตาได้เอง ถาม-ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ motor power left grade 4, right grade 5, NIHSS= 12 คะแนน</p>	<p>S: ญาติถามว่าอาการของผู้ป่วยสามารถหายเป็นปกติได้หรือไม่            O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล            O: ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีแขน ขาซ้าย อ่อนแรง</p>
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>
<p>เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องฉุกเฉินไปยัง stroke unit</p>	<p>เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>
<p>ผู้ป่วยไม่เกิดเกิดอุบัติเหตุการล้มระหว่างเคลื่อนย้าย เช่น ตกเตียง หัวใจหยุดเต้น สารน้ำเล็ดลอดระหว่างนำส่ง</p>	<p>ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังการเจ็บป่วยได้</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ตำแหน่งให้สารน้ำ อยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัยทำงานได้</li> <li>เตรียมอุปกรณ์และบุคลากรอย่างครบถ้วน ได้แก่ จัดทีมเคลื่อนย้ายให้เพียงพอ พยาบาล พร้อมเจ้าหน้าที่ศูนย์แปลเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน ถังออกซิเจน เครื่อง monitor สัญญาณชีพ</li> <li>ยึดอุปกรณ์และผู้ป่วยให้แน่นหนา จัดผู้ป่วยบนรถเข็นให้ปลอดภัย ใช้สายรัดนิรภัยและยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง</li> <li>เฝ้าติดตามสัญญาณชีพและการทำงานของเครื่อง monitor ระหว่างเคลื่อนย้าย หากพบความผิดปกติให้หยุดเคลื่อนย้ายและให้การช่วยเหลือทันที</li> <li>สื่อสารและประสานงานกับหน่วยงาน stroke unit เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย</li> <li>ประเมินผลหลังเคลื่อนย้าย ได้แก่ ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยและอุปกรณ์อีกครั้งเมื่อถึงจุดหมาย บันทึกเวลา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สังเกตและประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ลด อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม</li> <li>แนะนำเทคนิควิธีการผ่อนคลายความเครียด ด้วยการฝึกกำหนดลมหายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ การทำสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น</li> <li>แนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เสริมแรงบวก</li> </ol>
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p>	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p>
<p>ผู้ป่วยไม่เกิดเกิดอุบัติเหตุการล้มระหว่างเคลื่อนย้าย เช่น ตกเตียง หัวใจหยุดเต้น สารน้ำเล็ดลอดระหว่างนำส่ง</p>	<p>ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียดได้</p>

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาล และผลลัพธ์ทางการแพทย์ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<p>รายละเอียดเหตุการณ์และภาวะแทรกซ้อน</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยถึง stroke unit ด้วยความปลอดภัย ไม่มีพลัดตกเตียง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน</p>	<p><b>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 7 เสี่ยงต่อความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</b></p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>O: ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> motor power left grade 5, right grade 4, NIHSS= 7 คะแนน</p> <p>O: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย acute stroke</p> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องฉุกเฉินไปยัง stroke unit</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดเกิดอุบัติเหตุระหว่างเคลื่อนย้าย เช่น ตกเตียง หัวใจหยุดเต้น สารน้ำเล็ดลอดระหว่างนำส่ง</p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ตำแหน่งให้สารน้ำ ว่าอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัยทำงานได้</li> <li>เตรียมอุปกรณ์และบุคลากรอย่างครบถ้วน ได้แก่ จัดทีมเคลื่อนย้ายให้เพียงพอ พยาบาล พร้อมเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน ถังออกซิเจน เครื่อง monitor สัญญาณชีพ</li> <li>ยึดอุปกรณ์และผู้ป่วยให้แน่นหนา จัดผู้ป่วยบนรถเข็นให้ปลอดภัย ใช้สายรัดนิรภัยและยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง</li> <li>เฝ้าติดตามสัญญาณชีพและการทำงานของเครื่อง</li> </ol>

ตารางที่ 6 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	<p>monitor ระหว่างเคลื่อนย้าย หากพบความผิดปกติให้หยุดเคลื่อนย้ายและให้การช่วยเหลือทันที</p> <p>5. สื่อสารและประสานงานกับหน่วยงาน stroke unit เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย</p> <p>6. ประเมินผลหลังเคลื่อนย้าย ได้แก่ ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยและอุปกรณ์อีกครั้งเมื่อถึงจุดหมาย บันทึกเวลา รายละเอียดเหตุการณ์และภาวะแทรกซ้อน</p>
	<p><b>ประเมินผลการพยาบาลผู้</b></p> <p>ป่วยถึง stroke unit ด้วยความปลอดภัย ไม่มีพลัดตกเตียง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน</p>

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspects of care)

ประเด็น 7 aspects of care	ผลลัพธ์การปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ
1. การประเมินผู้ป่วย	<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการตั้งแต่แรกรับ โดยการคัดกรองตามหลัก B-E-F-A-S-T ทั้ง 2 ราย เตรียมเวชระเบียนเตรียมรถ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย รายงานแพทย์รับทราบ ประสานหน่วยงาน CT scan, X-ray และ Lab ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับแจ้งจากห้องวิทย์ case stroke fast track กู้ชีพโนนสะอาดนำส่งดูแลชั่งน้ำหนักก่อนย้ายเข้าห้อง resuscitation</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชักประวัติประเมินผู้ป่วยมีอาการสงสัยว่าเป็น stroke fast track รายงานแพทย์รับทราบดูแลชั่งน้ำหนักผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าห้อง resuscitation</p>
2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ	<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย 1) จัดให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง 30°C (ให้ O<sub>2</sub> cannular 2-4 L/min กรณี O<sub>2</sub>sat &lt; 95 %) 2) รายงานแพทย์ ประจำห้องฉุกเฉินเพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยทันทีภายใน 5 นาที 3) โทรแจ้งแพทย์อายุรกรรมตามตารางเวร 4) เจาะ Lab CBC, BS, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT (ขอด่วน) 5) EKG, film CXR และให้ผู้ป่วย NPO 6) ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ 7) ประสานงานแจ้งเจ้าหน้าที่ห้อง CT scan /stroke unit โดยพยาบาล ER เพื่อเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย 8) นำส่งผู้ป่วยทำ CT brain emergency</p>

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspects of care) (ต่อ)

ประเด็น 7 aspects of care	ผลลัพธ์การปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ
3. การดูแลความปลอดภัย	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนำส่งโดยรถนอนดูแลเตียงที่กั้นเตียงขึ้น 2 ข้าง ป้องกันการพลัดตกจากรถนอนและใช้เครื่อง telemedicine monitoring ผู้ป่วยขณะนำส่งห้อง CT scan การให้การพยาบาลโดยการตรวจสอบและทวนสอบคำสั่งการรักษาและการใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำในการให้ยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและให้ได้รับยาตามปริมาณที่แพทย์สั่ง ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักความปลอดภัยของการให้ยา
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายใช้เครื่อง telemedicine monitoring ผู้ป่วยขณะนำส่งห้อง CT scan พร้อมกล่องยาฉุกเฉินและได้รับการให้ยาละลายลิ่มเลือดการให้การพยาบาลโดยการตรวจสอบและทวนสอบคำสั่งการรักษาและการใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำในการให้ยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และให้ได้รับยาตามปริมาณที่แพทย์สั่ง ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักความปลอดภัยของการให้ยา
5. การให้การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและติดตามการการทำงานของหัวใจ EKG monitoring การติดตามความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงได้รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือทันที ตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อถึงหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤติ โรงพยาบาลชุมแพ
6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว	ให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การงดรับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เช่น อาหารรสหวาน อาหารไขมันสูง อาหารรสเค็ม ตลอดจนพฤติกรรมทางสุขภาพต่าง ๆ เช่น การบริหารร่างกาย และออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยการพามาตรวจตามนัด เป็นต้น
7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วและทุกกิจกรรมการรักษายาบาลได้รับคำแนะนำ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในวิธีการรักษาสร้างความพึงพอใจให้แก่ญาติผู้ป่วย สังเกตได้จากญาติได้ยกมือไหว้ขอบคุณ และกล่าวชื่นชม และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ ทั้งการให้ยาความเสี่ยงต่าง ๆ แม้จะได้รับการทราบความเสี่ยงต่าง ๆ และแผนการรักษาแล้ว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ญาติมีความพึงพอใจ และไว้วางใจต่อการรักษาพยาบาลและผลการรักษาที่ได้รับ

จากตารางที่ 6 พบว่า จากการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 พบว่า ทั้ง 2 ราย เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspects of care) ทั้ง 7 ข้อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัย ถึงแม้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการได้รับยา แต่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที่ทั้งการมีเครื่อง telemedicine monitoring ความดันโลหิต EKG , O<sub>2</sub>sat การใช้เครื่อง infusion pump ในการให้ยา rt-PA<sup>(16)</sup> มีทีมแพทย์และพยาบาลดูแลขณะนำส่งทำ CT scan และย้ายรักษาต่อที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวิกฤติทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

### อภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาทางระบบประสาทเฉียบพลัน ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ได้รับการดูแลคัดกรองตามหลัก B-E-F-A-S-T เข้าระบบ stroke fast track<sup>(17,18)</sup> โดยรายที่ 1 นำส่งโดยเครือข่ายบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอชุมแพ ประสานงานส่งต่อแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมแพ พบเนื้อสมองมีความเสียหายรุนแรง (ASPECTS = 5) NIHSS 12 คะแนน ส่วนรายที่ 2 ญาตินำส่ง พบเนื้อสมองมีความเสียหาย (ASPECTS = 9) NIHSS 7 คะแนนทั้ง 2 ราย มีภาวะอ้วนระดับ 2 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีการควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย และการหยุดยาเอง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ รายที่ 1 ยังเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 73 ปี) ประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี มีส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของหลอดเลือดสมอง จึงมีอาการทางระบบประสาทที่รุนแรงกว่ารายที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด < 180/105 mmHg โดยให้ยาลดความดัน nifedipine เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงมากจะส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นได้ดูแลให้สารน้ำ NSS ชนิด isotonic และไม่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ที่ 140-180 mg/dl โดยเฉพาะรายที่ 2 (DTX=333 mg/dl) ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด Metformin และ Mixtard เนื่องจากภาวะ hyperglycemia อาจเพิ่มความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท ต้องเฝ้าระวังภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งจะเร่งให้เซลล์สมองมีอัตราการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต เพิ่มขนาดของสมองขาดเลือด สมองบวมและส่งผลต่อการฟื้นตัวได้ ต้องเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ในระหว่างส่งต่อระหว่างหน่วยงาน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมตามหลักการพยาบาล 7 aspects โดยเน้นการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (GCS) สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผลการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการส่งต่อ stroke unit อย่างปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างนำส่ง

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้กระจายครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพทุกพื้นที่ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความแม่นยำ และแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความพร้อมและความชำนาญ การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยกรณีที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน การประสานงานและส่งต่อข้อมูลการรักษาให้แก่พยาบาลตึก stroke unit เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ปลอดภัยทั้งในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเคลื่อนย้ายไปยัง stroke unit

## สรุป

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจส่งผลให้เกิดความพิการถาวร สมองเริ่มถูกทำลายภายในไม่กี่นาทีหลังจากเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ดังนั้น “เวลา” จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการช่วยชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วย การจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (prehospital care) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (in-hospital emergency care) และการส่งต่อเพื่อการรักษาเฉพาะทาง (interfacility transfer) การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ที่มีการประเมิน คัดกรอง และนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและถูกต้อง การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากร รวมถึงการสร้างเครือข่ายบริการและความตระหนักรู้ของประชาชนทั่วไปเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ภายในเวลามาตรฐาน

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย พบว่าช่วงเวลา onset-to-needle มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของระบบคัดกรองและการประสานงานที่รวดเร็ว การพัฒนาและใช้ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ติดตาม และดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวม

## ข้อเสนอแนะ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สำคัญอันดับต้นๆ ที่อัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วย หากได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมและทันท่วงทีจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม ดังนี้

1. ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาเวชภัณฑ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที เช่น เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor) เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ (defibrillator) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (external pacer/pacemaker) รถฉุกเฉินฉุกเฉิน ยาเวชภัณฑ์ฉุกเฉินต่างๆ เป็นต้น

### 2. ด้านการสื่อสาร

1.1 การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและแผนการรักษาผู้ป่วย อาการ และความเสี่ยงต่างๆ แก่ญาติและผู้ป่วย เป็นระยะ ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการรักษารวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วยิ่งขึ้น

1.2 การให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยพัฒนาสื่อความรู้และเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย และเผยแพร่ช่องทางการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว และปลอดภัย

3. ด้านบุคคล ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะสำหรับบุคลากร โดยแบ่งเป็นกลุ่มใหม่เพื่อให้มีความพร้อมในการทำงานตามแนวปฏิบัติ และกลุ่มเก่าที่ต้องได้รับการฟื้นฟูความรู้สม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพและมาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

4. ด้านระบบฐานข้อมูล พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเชื่อมโยงกับระบบ Hosxp เพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน

5. ด้านแนวทางปฏิบัติงาน พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และระบบ fast track ให้มีความประสิทธิภาพมากขึ้น เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินอาการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานผล การให้ยา และการส่งต่อให้รวดเร็วมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว เพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดการเสียชีวิตได้

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Global report on stroke 2024**. Geneva: WHO; 2024.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **Stroke situation in Thailand 2024**. Nonthaburi: DDC; 2024.
3. Saver JL. Time is brain-quantified. *Stroke*. 2006;37(1):263–266.
4. Fassbender K, et al. **Prehospital stroke management**: Time for new strategies. *Stroke*. 2018;49(8):2256–2261.
5. Powers WJ, et al. **2023 AHA/ASA guidelines for the early management of acute ischemic stroke**. *Stroke*. 2023;54(1):e1–e94.
6. Ministry of Public Health. **National guideline for acute stroke management**. Bangkok: Bureau of Medical Emergency Response; 2023.
7. Jirapong P, et al. **Prehospital delay and emergency stroke management in Thailand: challenges and solutions**. *Thai J Emerg Med*. 2023;29(2):45–56.
8. Raul Soto Camara, **Knowledge on Signs and Risk Factors in Stroke Patients**, 2020 Aug. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32784554>
9. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2566). **อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง**. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 39(2)
10. ชาลินี พ่วงพูน. **การลดระยะเวลาให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่องทางด่วนโรงพยาบาลนครราชสีมา**. *Journal of Thai Stroke Society* (2023), <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/view/256247>
11. ชาริวรรณ (รัศมี ชาริวรรณ). (2020). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระบบทางด่วน (case study โรงพยาบาลชัยภูมิ)**. *Thai Journal รายงานฉุกเฉิน (บทความกรณีศึกษาและแนวปฏิบัติใน ER)*
12. Lattanzi S, et al. **Hyperglycemia and hemorrhagic transformation in ischemic stroke**. *Stroke*. 2018;49(1):191–6.
13. Mosenzon, O., Cheng, A. Y., Rabinstein, A. A., & Sacco, S. (2023). **Diabetes and Stroke: What Are the Connections**. *Journal of stroke*, 25(1), 26–38. <https://doi.org/10.5853/jos.2022.0230>
14. Feigin VL, Brainin M, Norving B, et al. **World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025**. *International Journal of Stroke*. 2025;20(2):132-144. doi:10.1177/17474930241308142
15. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. **Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update**. *Stroke*. 2019;50:e344–e418.
16. Tiamkao, S., et al. (2022). **Stroke incidence, rate of thrombolytic therapy, mortality and trends in Thailand (13-year analysis)**. (บทวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ).
17. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน**. 2565. <https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>

18. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562

# ภาคผนวก

### เอกสารแนบท้าย

1. สำเนาปริญญาบัตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
3. สำเนาทะเบียนประวัติ ก.พ.7กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. สำเนาใบประกาศการอบรมระยะสั้น 4 เดือน สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน
5. หนังสือประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลชุมแพ
6. หนังสือบันทึกข้อความเข้าถึงเวชระเบียน
7. ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานวิชาการบนเว็บไซต์โรงพยาบาลชุมแพ
8. สำเนาเว็บไซต์เผยแพร่ผลงาน