



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤติ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

ที่ ขก.0032.305.21/ 184 วันที่ 9 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566.....

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

ด้วยข้าพเจ้านางสาวจินตะนา เวียงเหล็ก ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล ได้จัดทำผลงาน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย” ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้านางสาวจินตะนา เวียงเหล็ก จึงใคร่ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานวิชาการลงในเว็บไซต์โรงพยาบาลชุมแพ เพื่อให้ผู้สนใจได้เรียนรู้และศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ ให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

(นางสาวจินตะนา เวียงเหล็ก)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ในแอดฟังก์ชัน

นางมะลิวัลย์ มาখন
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(นางสาวชยานิศ ศรีรักษา)
หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(นายสมเกียรติ ชูบัณฑิตกุล)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

๑๖ พ.ย. ๒๕๖๖

เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด:

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

NURSING CARE OF INTRA VENOUS RECOMBINANT TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATOR (IV rt-PA)
THERAPY FOR ISCHEMIC STROKE PATIENTS: COMPARING 2 CASE STUDY

โดย

นางสาวจินตะนา เวียงเหล็ก

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด:

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

NURSING CARE OF INTRA VENOUS RECOMBINANT TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATOR (IV rt-PA) THERAPY FOR ISCHEMIC STROKE PATIENTS : COMPARING 2 CASE

จินตะนา เวียงเหล็ก, พว*

Chintana Wianglek, RN*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศไทย และยังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการสูญเสียความสามารถเป็นอันดับ 1 เช่นเดียวกัน การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีโอกาสดีขึ้นเป็นปกติที่ 3 เดือน

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินงาน: ศึกษาผู้ป่วย 2 รายที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤติ โรงพยาบาลชุมแพ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 70 ปี มาด้วยอาการอ่อนแรงร่วมกับชาร่างกายซีกขวาเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (acute cerebral infarction) กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 80 ปี มาด้วยอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แพทย์ให้การวินิจฉัย acute cerebral infarction ผู้ป่วยทั้ง 2 รายถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนผ่านระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ทันเวลาคือภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการประเมินเบื้องต้นและให้ยา rt-PA อย่างรวดเร็วและทันเวลาที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) และประเมินความผิดปกติทางระบบประสาทและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงแรก รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยนำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD มีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยตั้งเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยรายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 ข้อ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา rt-PA รายที่ 2 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 ข้อเนื่องจากเกิดเลือดออกในสมอง หลังให้ยาชนิดไม่มีอาการ (asymptomatic hemorrhagic transformation) และมีความพิการมากกว่า เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก ปัญหาการกลืนผิดปกติต้องใส่สายยางให้อาหาร บทบาทของพยาบาลนอกจากการเฝ้าระวังทางระบบประสาทให้คงที่ ต้องเป็นผู้ประสานสหสาขาวิชาชีพพร้อมดูแล ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดเพื่อฝึกกลืนให้กับผู้ป่วย ผลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายอาการดีขึ้น รายที่ 1 แพทย์จำหน่ายกลับบ้านพักที่บ้าน รายที่ 2 จำหน่ายให้ไปฟื้นฟูสภาพต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน

สรุป: กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับโดยใช้เครื่องมือการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การใช้แบบประเมิน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน, การให้ยาละลายลิ่มเลือด, กระบวนการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

*Registered Nurse, Professional level, Chumphae Hospital, KhonKaen Province.

ABSTRACT

Background: Stroke is a significant public health problem as it is the leading cause of death in Thailand, accounting for one-third of all fatalities. Additionally, it is the primary cause of disability, leading to impaired functionality. Acute ischemic stroke patients treated with intravenous thrombolysis using recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) within 4.5 hours of symptom onset have a significantly improved chance of recovery within three months.

Objective: To compare the use of nursing processes in caring for ischemic stroke patients treated with IV rt-PA through two case studies.

Methods: Data were collected from two patients admitted to the stroke unit at Chumphae Hospital. Patient information was gathered from medical records, interviews with patients and their families, and analyzed using Gordon's Functional Health Patterns. Nursing care plans were developed based on the assessment data and implemented using established nursing procedures.

Results of the study: Case study 1 involved a 70-year-old Thai woman who arrived at the hospital 2 hours and 30 minutes after experiencing right-sided weakness. She was diagnosed with acute cerebral infarction. Case study 2 featured an 80-year-old Thai man with right-sided weakness, slurred speech, and difficulty speaking, who arrived at the hospital within 1 hour. Both patients were promptly administered rt-PA within 4.5 hours of symptom onset. Patient conditions were closely monitored, and nursing care plans were adjusted accordingly. Case 1 showed 8 nursing diagnoses without complications from rt-PA, while Case 2 had 12 nursing diagnoses due to asymptomatic hemorrhagic transformation, resulting in more significant impairments. Interdisciplinary care, including physical therapy and speech therapy, was vital. Both patients showed significant improvement. Case 1 was discharged home, and Case 2 was transferred for further rehabilitation near his residence.

Conclusion: This study illustrates the nursing procedures for acute ischemic stroke patients receiving rt-PA, from initial assessment using Gordon's Functional Health Patterns and the National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) to tailored nursing care plans. The application of DMETHOD principles in care planning and patient evaluation led to successful outcomes, demonstrating the importance of interdisciplinary care for stroke patients.

Keywords: acute ischemic stroke, intra venous recombinant tissue plasminogen activator, nursing process

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรืออัมพฤกษ์/อัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาตลอด โดยพบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อประชากร 100,000 คนที่อายุ 15 ปีขึ้นไปในปี 2565 มีอัตราการเสียชีวิตที่ยังอยู่ในเกณฑ์สูงคือ ประมาณร้อยละ 10-11 มาตลอด ในปี 2560-2565 ซึ่งโรคร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ โรคไตเสื่อม โรคเอดส์ ภาวะปอดติดเชื้อ โรคหัวใจรูมาติก ผู้ป่วย intracerebral hemorrhage มีโอกาสเสียชีวิตสูงมากกว่าผู้ป่วย ischemic stroke หลายเท่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดส่วนหนึ่งที่มาทันระบบการรักษา Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (intra venous recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด ในปี 2560-2565 พบว่าอัตราการได้รับยา rt-PA ของผู้ป่วย acute ischemic stroke คือร้อยละ 5.77, 6.59, 7.75, 8.04, 7.38 และ 7.36 ตามลำดับ ผู้ป่วย acute ischemic stroke นั้นมีการรักษาที่เป็นมาตรฐานคือ การรักษาด้วยยา rt-PA การรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) และมีมาตรฐานในการรักษาของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์ Standard Stroke Certified Center : SSCC ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่ลดลงมาตลอดตั้งแต่มีระบบบริการ Stroke Fast Track และพบว่าเขตสุขภาพที่ 7 นั้นมีอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำคือร้อยละ 2.28 ในปี 2565 การให้ยา rt-PA อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ ร้อยละ 7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้การรักษาด้วยยา rt-PA¹ มีการศึกษาถึงผลการรักษาด้วยยา rt-PA ในประเทศไทยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับยา rt-PA จำนวน 100 รายที่ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีมาก (Modified Rankin Scale ; mRS = 0-1) 42 ราย มีเลือดออกในสมองแบบไม่มีอาการหลังให้ยา 13 ราย และแบบมีอาการ 2 ราย (1 รายเสียชีวิต)²

โรงพยาบาลชุมแพเป็นโรงพยาบาลระดับ 5 ขนาด 361 เตียง เป็นเครือข่ายให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเริ่มระบบบริการ stroke fast track ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 รับส่งต่อผู้ป่วยจากอำเภอข้างเคียงต่างๆรวมทั้งสิ้น 8 อำเภอ โดยมีหอ Stroke Unit จำนวน 12 เตียง สำหรับดูแลผู้ป่วย acute stroke มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบบริการ Stroke Fast Track ที่มีความพร้อมในการให้ยา rt-PA ได้ทันทีเมื่อมีข้อบ่งชี้ กรณีที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ที่ต้องได้รับการผ่าตัดและผู้ป่วย ischemic stroke ที่มีภาวะสมองบวมจะส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่นหรือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหลักในการส่งไปรักษาต่อ

จากสถิติที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วย acute stroke ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 642 , 743 และ 908 รายในปี 2564 , 2565 และ 2566 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วย acute stroke ที่ได้รับการนอนพักใน stroke unit โรงพยาบาลชุมแพจำนวน 499 , 617 และ 770 รายในปี 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA เท่ากับ 78, 95 และ 101 รายในปี 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ เกิดเลือดออกในสมองแบบมีอาการหลังได้ยา 7, 5 และ 6 รายในปี 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ³ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลานอนนานขึ้น หรือเสียชีวิต การให้ยา rt-PA ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง เป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐาน จากข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลชุมแพ พบว่าร้อยละการเข้าทันบริการ Stroke Fast Track เท่ากับ 41.74, 38.09 และ 37.0 ในปี 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ (เป้าหมาย ≥ 50) ร้อยละการได้รับยา rt-PA เท่ากับ 15.15, 15.33 และ 13.20 ในปี 2564, 2565 และ 2566 (เป้าหมาย ≥ 7) ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูล สาเหตุของการมาช้าคือ ประชาชนยังขาดความรู้ไม่ทราบอาการสำคัญของโรคทำให้เสียโอกาสที่จะได้รับยา

rt-PA ส่งผลให้มีความพิการและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น การมีระบบ Stroke Fast Track ในโรงพยาบาล การมีความเข้าใจข้อบ่งชี้ ข้อห้ามในการให้ยา rt-PA ของแพทย์และพยาบาล การพยาบาลภายหลังการให้ยา การจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสำคัญของโรค ผลดีผลเสียของการได้รับยา rt-PA เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยที่มาด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA 2 รายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2 ราย ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤติโรงพยาบาลชุมแพ ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 12 - 15 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 9 - 12 สิงหาคม 2566

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA จำนวน 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
3. ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้องสาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับยา rt-PA
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้
 - 5.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้รับบริการที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่
 - 5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 5.1.2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม
 - 5.1.3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)
 - 5.1.4 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ
 - 5.1.5 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจ
 - 5.1.6 แผนการรักษาของแพทย์
 - 5.1.7 ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา
 - 5.1.8 สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

- 5.2 วิจัยการพยาบาล
- 5.3 แผนการพยาบาล
- 5.4 ปฏิบัติการพยาบาล
- 5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง
6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค
7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและทีมการพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
8. จัดทำผลงานวิชาการ

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผลพบว่า

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
เพศ	เพศหญิง	เพศชาย
อายุ/สถานภาพสมรส	70 ปี/หม้าย	80 ปี/หม้าย
เชื้อชาติ/ศาสนา	ไทย/พุทธ	ไทย/พุทธ
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ/รายได้	ทำนา รายได้ครอบครัว 3,000 บาทต่อเดือน	ไม่ได้ทำงาน รายได้ครอบครัว 10,000 บาทต่อเดือน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วันที่เข้ารับการรักษา	9 สิงหาคม 2566 เวลา 14.43 น.	12 กรกฎาคม 2566 เวลา 19.23 น.
วันที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	12 สิงหาคม 2566 เวลา 12.00 น.	15 กรกฎาคม 2566 เวลา 13.00 น.
รวมวันที่เข้ารับการรักษา	3 วัน	3 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีส่วนที่คล้ายกัน ได้แก่ สถานภาพหม้าย การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค stroke ในส่วนที่แตกต่างกันคือ รายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงการเกิด stroke คือ สูงอายุ HT DLP และเคยเป็น stroke มาก่อน รายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงการเกิด stroke คือ สูงอายุและมีประวัติสูบบุหรี่

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เข้าร่วมกับอ่อนแรงร่างกายซีกขวา เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที	แขนขาด้านขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	รับส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ 2 ชั่วโมง 30 นาที ก่อน ขณะเดินอยู่ทุ่งนาซา และอ่อนแรงแขนขาด้านขวาอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ซีฟจร 102 ครั้งต่อนาที	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ 1 ชั่วโมงก่อนมา ขณะเดินข้างถนน แขนขาด้านขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กู้ชีพ นำส่งโรงพยาบาลชุมชนขณะนำส่งมีอาการเกร็งตาค้าง นานน้อยกว่า 1 นาที

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/77 มิลลิเมตรปรอท ลิ้มตาได้เอง ถ้ามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ (E4V5M6) กำลังกำลังกล้ามเนื้อแขนขาขวาระดับ 4 แขนขาซ้ายระดับ 5 ซาร์่างกายซีกขวา (mild right sensory loss) ประเมิน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) เท่ากับ 4 คะแนน ส่งผู้ป่วยไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain NC): A small hypodense lesion at medulla oblongata; lacunar infarction is suspected พยาบาลให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ที่ห้อง CT และย้ายผู้ป่วยมานอนพักที่ Stroke Unit	อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ซีฟจร 66 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 154/79 มิลลิเมตรปรอท ลิ้มตาได้เอง ถ้ามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ (E4V5M6) กำลังกำลังกล้ามเนื้อแขนขาขวาระดับ 2 แขนขาซ้ายระดับ 5 พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ประเมิน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) เท่ากับ 8 คะแนน ส่งผู้ป่วยไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain NC): faint hypodense lesion at left frontal lobe and left insular cortex, acute left MCA territory infarction พยาบาลให้ยา rt-PA ที่ห้อง CT และย้ายผู้ป่วยมานอนพักที่ Stroke Unit
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง (HT) โรคไทรอยด์เป็นพิษ (hypothyroid) , ไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia), โรคหลอดเลือดสมอง (old cerebral infarction)	ไม่มีโรคประจำตัว

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 เป็น lacunar stroke โดยมีลักษณะเฉพาะคือ pure motor hemiparesis, pure sensory stroke, motor sensory stroke, ataxic hemiparesis, and dysarthria clumsy hand syndrome⁴ ซึ่งผู้ป่วยมีอาการ ชาและอ่อนแรง (motor sensory stroke) ซึ่งมีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคได้แก่ สูงอายุ HT DLP old CVA ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรค stroke จากการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นญาตินำส่งโรงพยาบาลทันที รายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยง สูงอายุ สูบบุหรี่ ไม่เคยรู้จักโรค stroke มาก่อนแต่เมื่อมีอาการญาติโทรศัพท์เรียกรถกู้ชีพพามาที่โรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการผิดปกติค่อนข้างมากจึงนำส่งโรงพยาบาลได้เร็ว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมในขณะนำส่ง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาเบื้องต้นที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อน และถูกส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลชุมชนผ่านช่องทาง stroke fast track

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการ ดูแลสุขภาพ	รับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านไม่เคยขาดยา ไม่เคยซื้อยารับประทานเอง ขาดการออกกำลังกาย และไม่ได้ออกกำลังกาย รับประทานอาหาร	รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคจากอายุที่สูงขึ้น และประวัติการสูบบุหรี่ รับรู้ว่าเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านต้องมาตรวจตามนัด ไม่ขาดนัด ขาดยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการ เผาผลาญ สารอาหาร	ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้าน เช่น ข้าวเหนียว ผักลวก บางวันซื้อกับข้าวสำเร็จ น้ำหนักไม่ลด ไม่มีเบื่ออาหาร ในระหว่างพักรักษา รับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สูง 154 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเท่ากับ 21.08	ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารพื้นบ้าน ได้แก่ ข้าวเหนียว บึงปลา ผักลวก น้ำหนักไม่ลด ไม่มีเบื่ออาหาร ระหว่างพักรักษา ให้อาหารทางสายยาง อาหารปั่นสูตร 1.5:1 ปริมาณ 200 ซีซี x 4 ครั้ง รับประทานอาหารได้ทุกคาบ ปฏิเสธดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ประจำปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ได้ 5 ปี น้ำหนัก 51 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเท่ากับ 21.23
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ถ่ายอุจจาระ 2 วัน/ครั้ง ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง อุจจาระไม่มีมูกเลือดปนและไม่เคยใช้ยาระบาย ผลตรวจปัสสาวะ (urine analysis) ปกติ ไม่มีจำนวนเม็ดเลือดขาว	ถ่ายอุจจาระ 2 วัน/ครั้ง ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ปัสสาวะไม่ลำบาก อุจจาระไม่มีมูกเลือดปนและไม่เคยใช้ยาระบาย ผลตรวจปัสสาวะ (urine analysis) ปกติ ไม่มีจำนวนเม็ดเลือดขาว
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยบอก “ไม่เคยออกกำลังกาย การทำนาถือว่าได้ออกกำลังกายเช่นกัน” สามารถ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีกล้ามเนื้อหรือข้อต่างๆ ผิดรูป ขณะนอนพักที่โรงพยาบาล Barthel Index 75 คะแนน	ไม่เคยออกกำลังกาย ขณะนอนพักที่โรงพยาบาล Barthel Index 50 คะแนน ไม่ได้ทำอะไรรับประทานเอง ต้องมีคนช่วย ไม่สามารถล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้าเองได้

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	สามารถรับประทานอาหารได้เอง ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้าเองได้ การลุกนั่งจากเตียงไปเก้าอี้ต้องมีคนช่วยพยุง ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Morse Fall Scale 60 คะแนน (มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม)	การลุกนั่งจากเตียงไปเก้าอี้ต้องมีคนช่วยพยุง ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Morse Fall Scale 70 คะแนน (มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม)
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยบอกนอนแต่หัวค่ำและตื่นแต่เช้า ไม่เคยชื่อยานอนหลับมารับประทาน ขณะพักที่โรงพยาบาลผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ	ผู้ป่วยบอกไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยชื่อยานอนหลับมารับประทาน ขณะพักที่โรงพยาบาลผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรู้จักวัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง มีความสนใจในสิ่งที่พยาบาลสอนให้ความรู้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดและโอกาสของการเกิดโรคซ้ำ และเข้าใจการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ	ผู้ป่วยรู้จักวัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง มีความสนใจในสิ่งที่พยาบาลสอนให้ความรู้ ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดและโอกาสของการเกิดโรคซ้ำและเข้าใจการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ
แบบแผนที่ 8 สัมพันธภาพ	เคยป่วยเป็น stroke ในปี 2565 แต่ความพิการไม่มากยังทำกิจกรรมประจำวันได้เองปกติ จึงไม่ได้ออกกำลังกายและไม่เคร่งครัดการรับประทานอาหาร	มีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อป่วยเป็นโรคเนื่องจากเคยทำกิจกรรมเองได้ ต้องเป็นภาระให้กับบุตรสาว ได้แก่การพาลุกนั่ง การอาบน้ำ การให้อาหารทางสายยาง

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
แบบแผนที่ 8 สัมพันธภาพ	ผู้ป่วยบอกอาศัยอยู่คนเดียว มีน้องสาวมาดูแลเป็นบางวัน ไม่ได้อยู่ด้วยตลอด ขณะอยู่โรงพยาบาลมีการพูดคุยกับน้องสาว และพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียง	ผู้ป่วยบอกอาศัยอยู่กับบุตรสาว บุตรชาย และหลาน ขณะอยู่โรงพยาบาลมีการพูดคุยกับบุตรสาว และพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียง

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยบอกไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเมื่อหลายปีก่อน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน	ผู้ป่วยบอกไม่เคยมีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเมื่อหลายปีก่อน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ผู้ป่วยมีสภาวะวิตกกังวลใจต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึกกับน้องสาว น้องสาวจับมือให้กำลังใจเป็นประจำ	ผู้ป่วยมีสภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ มีการพูดคุยระบายความในใจกับบุตรสาว และหลานเป็นประจำ
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	ผู้ป่วยบอกไปทำบุญที่วัดทุกวันพระ เชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นหลัก นับถือศาสนาพุทธ ร่วมกิจกรรมตามวันสำคัญต่างๆสม่ำเสมอ สวดมนต์ที่บ้านทุกวันพระ	ผู้ป่วยบอกไปรักษาที่คลินิกคนไม่เยอะเหมือนอยู่ที่โรงพยาบาล เชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่มากเข้ารับบริการที่คลินิกเป็นหลัก นับถือศาสนาพุทธ ร่วมกิจกรรมตามวันสำคัญต่างๆ นานๆครั้ง

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแบบแผนสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ รายที่ 1 มีโรคร่วมหลายอย่างอีกทั้งยังเคยป่วยด้วยโรค stroke แต่ไม่ได้เคร่งครัดในการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร อาชีพทำนาไม่เคยออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยรายนี้อยู่บ้านคนเดียว มีน้องสาวที่อยู่บ้านติดกันแวะมาดูแลเป็นครั้งคราวซึ่งปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (เพื่อนบ้าน ครอบครัว บุคลากรทางสาธารณสุข) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย stroke⁵ รายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงด้านอายุ และมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ทั้ง 2 รายมีการรับรู้และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แต่ก็มีสภาวะวิตกกังวลใจจากความพิการของร่างกาย ให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
สภาพทั่วไป	มาถึงตึกโดยรถเข็น ลุกนั่งได้ แขนขาต้านขวาอ่อนแรง ไม่มีปากเปี้ยว	มาถึงตึกโดยรถเข็น นั่งทรงตัวลำบาก แขนขาต้านขวาอ่อนแรง ปากเปี้ยว ถามตอบรู้เรื่อง พูดไม่ชัดเล็กน้อย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สูง 154 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 21.08 (ปกติ)	น้ำหนัก 51 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 21.23 (ปกติ)
สัญญาณชีพ	ความดันโลหิต 121/57 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส	ความดันโลหิต 153/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส
การตรวจร่างกายตามระบบ		
ผิวหนัง	ผิวหนังแห้งเล็กน้อย ไม่มีบาดแผลหรือผื่นคัน	ผิวหนังแห้งเล็กน้อย ไม่มีบาดแผลหรือผื่นคัน
ศีรษะ	ศีรษะสมมาตร หนังศีรษะมีรังแคเล็กน้อย ไม่พบรอยแผล/ผื่น ผมหงอก	ศีรษะสมมาตร หนังศีรษะสะอาด ไม่มีรอยแผล/ผื่น ผมหงอก
ใบหน้า	ใบหน้าสมมาตร มีริ้วรอยเหี่ยวย่นเล็กน้อย ผิวสะอาด ไม่มีรอยแผล	มีใบหน้าเปี้ยว ปากเปี้ยวด้านขวา ไม่มีรอยแผลตามใบหน้า
เล็บ	เล็บมือ เล็บเท้า สะอาด ไม่ซีด capillary refill time 2-3 วินาที	เล็บมือ เล็บเท้า สะอาด ไม่ซีด capillary refill time 2-3 วินาที
ตา	ดวงตาขนาดเท่ากัน ตำแหน่งสมมาตร ไม่มีตาตก ไม่มีตาเหลือง มองเห็นไม่ชัด ขนาดรูม่านตาเท่ากันทั้งสองข้าง และมีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย	ดวงตาขนาดเท่ากัน ตำแหน่งสมมาตร ไม่มีตาตก ไม่มีตาเหลือง มองเห็นไม่ชัด ขนาดรูม่านตาเท่ากันทั้งสองข้าง และมีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย
หู	รูปร่างของใบหู ปกติ สมมาตร สะอาด การได้ยินชัดเจนดี	รูปร่างของใบหู ปกติ สมมาตร สะอาด หูตึงเล็กน้อย

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
จมูก	รูปร่างจมูกปกติ สะอาด การได้กลิ่นปกติ	รูปร่างจมูกปกติ สะอาด การได้กลิ่นปกติ
ปาก	รูปร่างปากสมมาตร ปกติ ไม่มีการบาดเจ็บ	ปากเปี้ยวด้านขวา มีน้ำไหลออกมุมปากด้านขวาเมื่อให้ดื่มน้ำ พุดไม่ชัด
คอ	พุดชัดเจน คล้ำไม่พบก้อน ไม่มีการบาดเจ็บหรือรอยแผล	พุดไม่ชัด คล้ำไม่พบก้อน ไม่มีการบาดเจ็บหรือรอยแผล
ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก	หายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (SpO ₂) 100 %	หายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (SpO ₂) 100 %
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที ไม่เจ็บอก ไม่มีใจสั่น ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ชีพจรสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที ไม่เจ็บอก ไม่มีใจสั่น ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ชีพจรสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
ระบบทางเดินอาหาร	24 ชั่วโมงแรกรงดน้ำงดอาหาร วันต่อมารับประทานอาหารได้ไม่มีสำลัก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน	ผู้ป่วยไอขณะกลืนน้ำ มีน้ำไหลออกมุมปาก ได้ใส่สายให้อาหารทางสายยาง รับประทานอาหารได้ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่ท้องอืด
ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์	ปัสสาวะได้เอง สะดวก ปัสสาวะสีเหลืองฟาง ไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน	ปัสสาวะได้เอง สะดวก ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองฟาง ไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน
ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้	ระดับความรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	แขนขาด้านขวาอ่อนแรง กำลังแขนขาด้านขวาระดับ 4 กำลังแขนขา ด้านซ้ายระดับ 5	แขนขาด้านขวาอ่อนแรง กำลังแขนขา ด้านขวาระดับ 3 กำลังแขนขา ด้านซ้ายระดับ 5
ระบบต่อมน้ำเหลือง	คล้ำไม่พบก้อน หรือ ต่อมน้ำเหลืองในร่างกาย	คล้ำไม่พบก้อน หรือ ต่อมน้ำเหลืองในร่างกาย

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความผิดปกติในระบบระบบประสาทคือมีอาการชาครึ่งซีก ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อคืออ่อนแรงครึ่งซีกจากการมีเนื้อสมองตายขนาดเล็ก รายที่ 2 มีความปกติที่พบมากกว่า ได้แก่ มีไอบิน้ำเปี้ยวปากเปี้ยว พุดไม่ชัด อ่อนแรงครึ่งซีก จากการมีพยาธิสภาพที่สมองที่เกิดจากเส้นเลือดใหญ่อุดตันทำให้มีความพิการมากกว่า

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับ
ความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ ยา rt-PA	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ ยา rt-PA	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นทุก 30 นาทีเป็นเวลา 6 ชั่วโมง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นทุก 30 นาทีเป็นเวลา 6 ชั่วโมง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง โดยคุม ความดันโลหิตไม่ให้เกิน 180/105 มิลลิเมตรปรอท หากเกินค่าเป้าหมายรายงานแพทย์ทันที จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ลำคอและสะโพก ไม่พับงอมากกว่า 90 องศาเพื่อให้การไหลเวียนของ เลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก ให้ออกซิเจนผ่านหน้ากากอนามัย 24 ชั่วโมง งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา ให้ออกซิเจน cannula 2-4 ลิตรต่อนาที เป้าหมาย ระดับ $SpO_2 > 94\%$ เฝ้าระวังและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตาม แผนการรักษา เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้ ยาเช่น เลือดออกในระหว่างหรือหลังให้ยาภายใน 24 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติจากการให้ยาเช่น เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ มีจ้ำเลือดบริเวณที่แทง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับ
ความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอาการทรุดลง	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอาการทรุดลง	<p>น้ำเกลือ เป็นต้น</p> <p>9. งดกิจกรรมต่างๆดังนี้ขณะให้ยา เช่น การให้ยาต้านเกล็ดเลือด การใส่สายยางต่างๆ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหารทางจมูก</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายอาการทางระบบประสาทคงที่ E4V5M6 รายที่ 1 ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ รายที่ 2 มีเลือดออกในสมองชนิดแปรรูปแต่ไม่มีอาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Scale และประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นทุก 30 นาทีเป็นเวลา 6 ชั่วโมง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง จากนั้นทุก 4 ชั่วโมง โดยคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 180/105 มิลลิเมตรปรอท หากเกินค่าเป้าหมายรายงานแพทย์ทันที จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก ให้นอนพักผ่อนบนเตียง 24 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะ 0.9 % NaCl ให้ออกซิเจน cannula 2-4 ลิตรต่อนาที เป้าหมาย SpO₂ > 94% ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ระหว่าง 80-140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง กรณีที่มีไข้ > 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้พร้อมทั้งหาสาเหตุ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับ
ความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ไม่มี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากภาวะมีเลือดออกในสมอง	<p>และรักษาตามสาเหตุ</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทคงที่ E4V5M6 ไม่มีอาการแสดงระบบประสาทที่เกิดขึ้นใหม่ ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ปากเบี้ยวเพิ่มขึ้น อาการชาเพิ่มขึ้น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา คอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก 2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงตามสภาพอาการของผู้ป่วย หากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 3. ถ้าอุณหภูมิ ≥ 37.5 องศาเซลเซียส ให้เช็ดตัวลดไข้ ร่วมกับให้ยาลดไข้พาราเซตามอล ตามแผนการรักษา 4. สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ Glasgow Coma Scale ลดลง ≥ 2 จุด ศีรษะเพิ่มมากขึ้น ความบกพร่องทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ หากพบอาการรายงานแพทย์ทันที 5. หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ หรือการเบ่งถ่าย 6. ประเมินความปวดตามสภาพอาการผู้ป่วย 7. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 8. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง 9. จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ วางแผนการทำกิจกรรมการพยาบาลเป็นช่วงๆ <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6 ไม่มีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ไม่มีความบกพร่องทางระบบ</p>

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับ
ความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ไม่มี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดการสำลัก เนื่องจากกลไกการกลืน บกพร่อง	<p>ประสาทเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ ได้แก่ แขน ขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ปากเบี้ยวเพิ่มขึ้น พุดไม่ชัดเพิ่มขึ้น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูดเสมหะในปากและลำคอให้โล่งทุก 4 ชั่วโมงและ เมื่อจำเป็น เพื่อป้องกันการเกิดสำลัก 2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 60-90 องศาในขณะ ให้อาหารทางสายยาง 3. ดูแลความสะอาดปากและฟันวันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ ช่องปากสะอาด ลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ซึ่งเป็น สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคที่เกิดในช่องปาก 4. ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารโดยการฟัง ก่อน ให้อาหารหรือการเปลี่ยนท่า การดูดเสมหะ การไอ เป็นต้น 5. ให้อาหารลดกรดเพื่อลดกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งจะ เป็นการลดการบาดเจ็บในปอดหากมีการสำลัก เกิดขึ้น 6. ดูแลให้ได้รับคำปรึกษาจากนักกิจกรรมบำบัดเพื่อ ฟื้นฟูสภาพการกลืน 7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 8. สอนญาติเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยางเพื่อ ดูแลต่อเนืองที่บ้าน <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 159/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลัก ไม่มี หายใจหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที</p>

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับ
ความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง	<ol style="list-style-type: none"> 1. สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ช่วยผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแบบ active หรือ passive exercise 2. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนออกกำลังกาย 3. สอนและแนะนำการพลิกตะแคงตัว การจัดทำบนเตียงที่ถูกต้องรวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ 4. ดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องรวมทั้งการใช้กายอุปกรณ์ต่างๆ 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามแผนของนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด 6. สอนผู้ป่วยและญาติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น หรือจากรถเข็นไปเตียง 7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตัวเองให้มากที่สุด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย	ไม่มี	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง Barthel index 90 คะแนน ลูกจากเตียงไปเก้าอี้ได้ เดินได้เอง แต่ยังขึ้นลงบันได 1 ชั้นไม่ได้ สภาพผิวหนังยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NaCl 1,000 ซีซี + KCL 60 mEq. อัตรา 80 ซีซีต่อชั่วโมง × 1 ขวด 2. ดูแลให้ยา 50% MgSO4 4 ซีซี + 5% DW 100 ซีซี drip ใน 4 ชั่วโมง วันละครั้ง × 3 วัน 3. ประเมินอาการที่บอกถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน หากพบรายงานแพทย์ทันที

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับ
ความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ไม่มี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	<p>4. ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะแมกนีเซียมต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย ชัก เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลูกตากระตุก คลื่นไส้ หากพบรายงานแพทย์ทันที</p> <p>5. ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา</p> <p>6. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>7. ตรวจ EKG 12 lead</p> <p>8. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์หลังให้การรักษามีค่าโพแทสเซียม 3.69 mmol/L (ปกติ) ผิวหนังไม่แห้ง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/81 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา คือ 0.9 % NaCl 1,000 ซีซี อัตรา 80 ซีซีต่อชั่วโมง</p> <p>2. ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืดหรืออาการที่บ่งบอกภาวะโพแทสเซียมสูง ได้แก่ ซึม สับสน ชา ตะคริว ชีพจรเร็ว</p> <p>3. ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็ง อาการที่บ่งบอกถึงโซเดียมสูง ได้แก่ สับสน บวม ปัสสาวะออกน้อย ปากแห้ง หากพบรายงานแพทย์ทันที</p> <p>4. ส่งและติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์</p>

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
		5. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง 6. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง การประเมินผลการพยาบาล ผลตรวจอิเล็กทรอนิกส์มีค่าปกติ ผิวหนังไม่แห้ง ริมฝีปากชุ่มชื้น สัญญาณชีพปกติ รับอาหารทางสายยางได้ทุกคาบ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม	1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือ Morse Fall Scale 2. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน 3. จัดของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้เตียงผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยหยิบจับได้สะดวก 4. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้กริ่งกรณีเรียกขอความช่วยเหลือ 5. ดูแลยกยกร่างก้นเตียงขึ้นตลอดเวลา 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามแผนของนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ หรือพลัดตก หกล้ม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบทที่เกิดขึ้น	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบทที่เกิดขึ้น	1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความวิตกกังวลใจของผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย 3. อธิบายพยาธิสภาพของโรค และการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโรคและแผนการรักษา 4. ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติว่าจะได้รับการดูแลตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ไม่มี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง	<p>5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินของโรค ให้ความร่วมมือในการรักษา สีหน้าวิตกกังวลลดลง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พลิกตะแคงตัวพร้อมทั้งนวดตามปุ่มกระดูกทุก 2 ชั่วโมง 2. ยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง 3. ดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้น สะอาด และแห้งอยู่เสมอ 4. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ สารน้ำ สารอาหารตามแผนการรักษา 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและออกกำลังกาย 7. ประเมินและบันทึกอาการและอาการแสดง เช่น แผลถลอก ผิวหนังแดง <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ไม่มีผื่นแดงตามบริเวณปุ่มกระดูก ไม่มีแผลถลอก ไม่มีแผลกดทับ</p>
ไม่มี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ความทนในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะเหนื่อยหอบ โดยสังเกต และสอบถามอาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหลังทำกิจวัตรประจำวันเพียง ให้การช่วยเหลือโดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามเหมาะสม 2. วัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเป้าหมาย 95-100 % หากพบอาการ tissue hypoxia ร่วมกับ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย < 95 % รายงานแพทย์

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน	<p>3. ติดตามระดับ hemoglobin, hematocrit ตามแผนการรักษา ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมตามความเหมาะสม</p> <p>4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบำรุงโลหิตตามแผนการรักษา คือ folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 เวลา หลังอาหาร</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล สิวผู้ป่วยไม่ซีดเขียวคล้ำ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 100 % capillary refill time 1 วินาที สามารถทำกิจวัตรได้เล็กน้อยบนเตียง ไม่เหนื่อยหอบ เช่นการลุกนั่งได้บนเตียง การทำกายภาพบำบัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและแผนการดูแลของทีมนสุขภาพ 3. ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบครัวโดยใช้หลัก D-METHOD 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติพบแพทย์ ชักถามข้อสงสัย สร้างความมั่นใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 5. แจกแผ่นพับ คู่มือในการดูแลผู้ป่วยนำกลับไปที่บ้าน 6. แนะนำแหล่งประโยชน์ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น 7. สอน สาธิต ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การทำกายภาพบำบัด การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น 8. ชื่นชมและให้กำลังใจญาติเมื่อทำถูกต้อง 9. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย ญาติก่อนจำหน่าย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ที่บ้าน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ที่บ้าน	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ญาติสามารถให้อาหารทางสายยาง การจัดทำต่างๆ การทำกายภาพบำบัดได้ถูกต้อง</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ กิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel Index และ/หรือ Modified Rankin Scale การรับประทานอาหารและยา ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินโรค การดูแลต่อเนืองที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกันการเกิดซ้ำ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เป็นต้น วางแผนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบครัวโดยใช้ D-METHOD ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อการติดตามดูแลต่อเนืองที่บ้าน ให้ความรู้และประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ เครือข่ายชุมชน ติดตามการมาตรวจตามนัด <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติในวันที่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ปอดอักเสบ จากการสำลัก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ หกล้ม ญาติดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาทุกวัน ตามเวลาที่แพทย์สั่ง การทำกายภาพบำบัด การให้อาหารทางสายยาง</p>

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยรายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 ข้อเนื่องจากมีพยาธิสภาพกับหลอดเลือดขนาดเล็กในสมองความพิการจึงมีไม่มาก ภายหลังให้การพยาบาลสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกข้อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้จำหน่ายกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน ในรายที่ 2 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 ข้อเนื่องจากมีพยาธิสภาพกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ในสมองจึงมีความผิดปกติหลายอย่างร่วมกับผู้ป่วยเกิด asymptomatic hemorrhagic transformation ซึ่งต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น record vital sign & neuro

sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และทุก 2-4 ชั่วโมง อีก 2 วัน ความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นต้น⁶ การเกิด hemorrhagic transformation หลังได้ยา rt-PA เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีพยาธิสภาพสมองขาดเลือดจากการอุดตันที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ ซึ่งจะมีโอกาสเกิดเลือดออกได้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยและพยาธิสภาพเกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็กแต่ไม่ใช่ข้อห้ามในการรักษาด้วยยา rt-PA และยังมีปัญหาคลื่นลำบากซึ่งหากให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากอาจเกิดการสำลักลงปอดได้ดังนั้นพยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยกลืนอย่างปลอดภัยตามแนวทางการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย⁷ ภายหลังการดูแลผู้ป่วยรายนี้บรรลุมิติประสงค์ ได้จำหน่ายกลับไปพักฟื้นต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระยะเฉียบพลัน รายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงการเกิด stroke คือ สูงอายุ HT DLP และเคยเป็น stroke มาก่อนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปทิตตา ทรวงโพธิ์⁸ ที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่เคยเป็น stroke แล้วมีโอกาสเกิด stroke กลับเป็นซ้ำได้เร็วและมากกว่าคนวัยอื่น 3 เท่า โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลใกล้เคียงผ่านระบบ stroke fast track และมาภายใน 4.5 ชั่วโมง และได้รับยา rt-PA ทันเวลา โดยรายที่ 1 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา รายที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ไม่มีอาการ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้นและจำหน่ายไปพักฟื้นต่อ ทั้งนี้ปัจจัยในความสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค acute stroke ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต้องรู้สัญญาณเตือนโรคทำให้มาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ตติยา ทุมเสน, อัจฉรา คล้ายมี, อภิญญา พาน และ อุไร ชลยุ่นาค⁹ การรู้จักช่องทางในการมาโรงพยาบาล เช่น การใช้ระบบ 1669 หรือกู้ชีพในตำบล โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายมีการตั้งระบบส่งต่อที่มีความชัดเจนเพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน หรือ ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Fast Track ที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนและรวดเร็ว เพื่อเพิ่มปริมาณผู้ป่วยให้เข้าถึงและได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ได้ทันเวลา¹⁰ แพทย์และพยาบาลมีความรู้และสมรรถนะในการให้ยา rt-PA ที่ห้อง CT ได้อย่างรวดเร็วทันเวลา การดูแลภายหลังการให้ยาอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลัก D-METHOD ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญพิมล เกณสาคุ, เตือนใจ สีนอำไพสิทธิ์, วีรยุทธ ศรีทิมสุ¹¹ ซึ่งเป็นการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD & P ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ลดการเข้ารักษาซ้ำใน 28 วัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผล

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญของโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยของการเกิด stroke ได้แก่ HT DM dyslipidemia AF การสูบบุหรี่ สูงอายุ แต่การเข้าถึงบริการ Stroke Fast Track ยังต่ำทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการให้ยา rt-PA ได้น้อย ผู้ป่วยที่ได้ยามีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองซึ่งสามารถเกิดได้ถึง 6% พยาบาลมีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นผู้บริหารยาที่รวดเร็วทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเกิดอาการ การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา rt-PA การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา การวางแผนการจำหน่าย

โดยใช้หลัก D-METHOD อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพ ให้ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองบูรณาการทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เช่น การประเมินโดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลัง การนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลมีความชัดเจนและครอบคลุม และขยายผลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่นด้วย
2. พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพ ให้มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญโดยใช้หลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดหรือใกล้เคียงปกติ และควรมีการขยายผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆด้วย
3. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบอาการที่เป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
4. ควรเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีการส่งอบรมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีการปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ
5. พัฒนาระบบการส่งต่อของเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง ต่อเนื่อง เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566];39(2): 39- 46. เข้าถึงได้จาก: http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06%20Original%20Somsak%20Ubatkarn.pdf
2. ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองขอนแก่น. คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: คลังนานา; 2562.
3. โรงพยาบาลชุมแพ. ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลชุมแพ. [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2566]
4. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: ธนาเพลสจำกัด; 2561.
5. กฤษญา จอดนอก, ณิชชาธร ภาโนมัย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. ใน: วรินทร์ พุทธิรักษ์, นรงค์ฤทธิ์ เกษมทรัพย์, บรรณาธิการ. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คลังนานา; 2561. น. 38- 55.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก. กรุงเทพฯ: ธนาเพลสจำกัด; 2562.
7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพลสจำกัด; 2558.
8. ปทิตตา ทรวงโพธิ์. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ. ใน: วรินทร์ พุทธิรักษ์, นรงค์ฤทธิ์ เกษมทรัพย์, บรรณาธิการ. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คลังนานา; 2561. น. 56-63.
9. ตติยา ทุมเสน, อัจฉรา คล้ายมี, อภิญญา พานผล, อุไร ชลยุ่นาค. การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกรณีศึกษาตำบลคลองหก อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566];39(2): 24- 31. เข้าถึงได้จาก:http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/04%20Original%20Tatiya.pdf
10. สมบัติ มุ่งทวีพงษา. โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
11. ธัญพิมล เกณสภา, เตือนใจ สินอำไพสิทธิ์, วีรยุทธ ศรีทุมสุข. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน. วารสารทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566];21(3): 215-224. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index>

