

ผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย Effectiveness of Nursing Care for Stroke Patients with Also Diabetes and Hypertension

สุวัฒน์ จันทร์ศักดิ์*

Suwatthanee Chansakda*

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

Outpatient Nursing Group, Nursing missions, Rajavithi Hospital

Email: svector99@gmail.com

Received 18 June 2024

Revised 11 September 2024

Accepted 2 January 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี เป็นชายไทยอายุ 60 ปี เวียนศีรษะ พูดไม่ชัดและชาลง หน้าเบี้ยว แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เดินเซ ได้รับการตรวจวินิจฉัยครั้งแรกด้วยอาการภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว แพทย์ให้ยา rt-PA ในรักษาเบื้องต้น จากนั้นส่งตรวจสมองด้วย EKG และทำ CT Brain และวินิจฉัยใหม่เป็นโรค Ischemic Stroke with Left Middle Cerebral Artery แพทย์รับไว้เพื่อการรักษาต่อในโรงพยาบาลเพื่อทำกายภาพและฟื้นฟูสภาพ ผลการพยาบาล พบว่าผู้ป่วย 1) มีสัญญาณชีพและความดันโลหิตปกติ ไม่มีปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ไม่คลื่นไส้อาเจียน 2) ไม่มีเลือดออกตามร่างกายและสัญญาณชีพปกติ 3) รู้สึกตัวดี มีกำลังแขนขาข้างขวาซ้ายอยู่ในระดับห้า 4) ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ประเมิน Barthel Index, mRS และ Fall Risk Score เท่ากับ 90, 2 และ 2 คะแนนตามลำดับ 5) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นตามเกณฑ์ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล จาก 80 เป็น 90 คะแนน 6) ตัดสินใจร่วมกับญาติในการรักษา ฟื้นฟูสภาพ และดูแลตนเองตามแผนการรักษา 7) รู้สึกตัวเป็นปกติ ไม่ชักเกร็ง ไม่เวียนศีรษะ พูดชัดเจน หน้าไม่เบี้ยว แขนขาข้างขวาไม่อ่อนแรง ไม่เดินเซ 8) ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง มีอาการยิ้มแย้ม พูดคุยดี มีอารมณ์ดี ไม่หงุดหงิด ให้ความร่วมมือดี และ 9) ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฯ ดูแลตนเอง และตรวจตามแพทย์นัด

คำสำคัญ: การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา

Abstract

This study aims to evaluate the nursing outcomes of a stroke patient presenting with comorbid diabetes mellitus and hypertension. Using a descriptive case study methodology, the research focuses on a 60-year-old Thai male admitted to Rajavithi Hospital with symptoms of dizziness, dysarthria, facial drooping, right-sided hemiparesis, and ataxia. Although initially diagnosed with a Transient Ischemic Attack (TIA) and treated with intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA), subsequent Electrocardiogram (EKG) and Computed Tomography (CT) of the brain led to a definitive diagnosis of Ischemic Stroke involving the Left Middle Cerebral Artery. The patient was hospitalized for intensive physical therapy and rehabilitation under a nursing care plan integrated with Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, utilizing both wholly and partly compensatory systems. The nursing outcomes demonstrated significant clinical improvement across multiple dimensions. Post-intervention, the patient exhibited stable vital signs and normotension, with a complete resolution of neurological deficits, including headache, blurred vision, nausea, and vomiting. The patient remained fully conscious with motor strength in all extremities restored to Grade 5. No bleeding complications or falls occurred during the hospitalization. Functional independence improved significantly, as evidenced by the Barthel Index score increasing from 80 to 90. Furthermore, the Modified Rankin Scale (mRS) and Fall Risk Score were recorded at 2 and 2, respectively. Psychosocial and educational outcomes were equally positive. The patient and his family actively participated in shared decision-making regarding treatment and rehabilitation, demonstrating a profound understanding of the disease and self-care protocols. A notable reduction in anxiety was observed, characterized by improved emotional stability and cooperation with the medical team. In conclusion, systematic nursing care and comprehensive rehabilitation are vital in restoring functional capacity and enhancing the quality of life for stroke patients with multiple chronic comorbidities.

Keyword: Nursing care, Stroke patient, Diabetes, Hypertension, A case study

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 80 ล้านคนและพิการจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 (ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มิ่ง และคณะ, 2561) ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับร้อยละ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3

และ 48.7 ตามลำดับ และพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย (โรงพยาบาลราชวิถี, 2566) โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วผู้ป่วยบางรายจะมีความพิการถาวรของร่างกาย ต้องรักษาเป็นเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย (พรภัทร ธรรมสโรช, 2562) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (กรมควบคุมโรค, 2563) ความดันโลหิตสูงเป็น ภาวะที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบอุบัติการณ์สูงมากขึ้น ในประชากรวัยหนุ่มสาว เนื่องจากภาวะเครียดทางจิตใจ การแข่งขันในอาชีพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำรงชีพ และบริโภคอาหาร (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) ซึ่งการรับประทาน อาหารที่มีโซเดียม อาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และขาดการ ดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา (Whelton, 1994) ส่วนโรคเบาหวาน เกิดจากความผิดปกติจากการทำงานของตับอ่อนหรือจากภาวะดื้อจากฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด สูงขึ้น (สถาบันราชประชาสมาสัย, ม.ป.ป.)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 3 - 7 เท่า และ 2 - 4 เท่าของคนปกติตามลำดับ (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ ดังนั้นการ ป้องกันโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการลดความพิการและการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้โดยการ ลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด (ดลพร ตันทะนงศักดิ์กุล และคณะ, 2565) ส่วนการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะของสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน การรักษาทำได้โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง นับจากเริ่มมีอาการ เพื่อกำจัดลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ภายในหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น และแพทย์จะให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมงแรกเพื่อต้านเกล็ดเลือด (ในกรณีที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด) และทำหัตถการภายในเวลา 6 ชั่วโมง (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) หากผู้ป่วยที่มีเนื้อสมองตายจากหลอดเลือด สมองตีบขนาดใหญ่ แพทย์จะทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในสมองของ ผู้ป่วยภายในเวลา 48 ชั่วโมง ลดอัตราการตายและลดความพิการในผู้ป่วย (สุธาสิณี มั่นจิราณัฐณ์, 2558) ส่วนการรักษาอาการเบาหวานในผู้ป่วย แพทย์จะให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการให้ยาอินและ ยาฉีด ซึ่งยาฉีดมี 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาฉีดอินซูลินและยาฉีด GLP-1 analog ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องฉีด อินซูลินเป็นหลัก ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรม คือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยา โดยการเลือกยา ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรก ซึ่งอาจเป็นยาอิน หรือยาฉีดขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) และการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยจะให้ยาลดความดันโลหิตควบคู่ไปพร้อมกับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การงด สูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มักจะเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ พูดไม่ชัด พูดช้าลง หน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง และเดินเซ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันท่วงทีจากทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะทางเมื่อเกิดอาการ ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และมีทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่รวดเร็ว เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งการประเมินผลการรักษาพยาบาล เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่รอดปลอดภัย ไม่เสียชีวิต มีสภาพร่างกายกลับฟื้นคืนมาเป็นปกติได้อย่างรวดเร็วหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพ และการติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ดังนั้น จึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โดยการนำแนวคิดการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ตามแนวคิดทางการพยาบาลของโอเร็ม และตามกระบวนการพยาบาล

3. ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

การศึกษากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

3.1 ทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจำนวน 1 ราย มาเป็นกรณีศึกษาในการให้การพยาบาล ทำการประเมินสภาวะผู้ป่วย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และเอกสารจากเวชระเบียน เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติสุขภาพครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีและผู้ป่วยได้ลงนามให้การยินยอมให้การศึกษา

3.2 ประเมินสภาวะกรณีศึกษา ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

3.3 วางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล

4. ผลการศึกษาจากกรณีศึกษา

4.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกรณีศึกษา: ผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 60 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด จบการศึกษาสูงสุดปริญญาโท ประกอบอาชีพรับราชการ รายได้ 100,000 บาทต่อเดือน

สิทธิในการรักษาจากกรมบัญชีกลาง ที่อยู่ปัจจุบันแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร เข้ารับการในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567 เวลา 17:57 น. ด้วยการวินิจฉัยครั้งแรก คือ Transient Ischemic Attack: TIA และได้รับการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายด้วยโรค Ischemic Stroke with Left Middle Cerebral Artery และถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2567 รวมวันนอนในโรงพยาบาล 5 วัน ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ ไม่แพ้ยาและแพ้อาหาร ในปี 2559 ผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ด้วยยา Diamicron MR 60 mg 1 x 1 Oral ac เช้า, GlucophageXR 1000 mg 2x1 Oral พร้อมอาหารเช้า, Lusefi 5 mg ½ x1 Oral ac เช้า ในปี 2564 ได้รับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลราชวิถี พบเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาด้วยยา Enalapril 5 mg 1 x 1 Oral หลังอาหารเช้า, Xarator 40 mg ½ x1 Oral ก่อนนอน เคยทำ MRI Brain + Neck, CT Brain, CTA Brain

4.2 ผลการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยตามระบบ มีดังนี้

- 4.2.1 รูปร่างทั่วไป: รูปร่างสมส่วน ผิวสีขาวเหลือง น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร
- 4.2.2 ศีรษะ: หนังศีรษะมีความปกติดี ไม่มีการติดเชื้อ จากการคลำไม่พบก้อน ไม่มีการกดเจ็บ
- 4.2.3 ผม: การกระจายตัวของเส้นผมดี เส้นผมตรงสีดำสลับขาว ไม่มีรังแค และไม่มีผมแตกปลาย
- 4.2.4 ใบหน้า: หน้าเปื้อน มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงบริเวณใบหน้า
- 4.2.5 ตา: ลูกตาทั้ง 2 ข้างสมมาตรกัน ขนตาและขนคิ้วกระจายตัวดี ลานสายตาสายตาสายซ้ายแคบกว่า ข้างขวา การมองเห็นผิดปกติ คือ สายตายาว ม่านตามีสีน้ำตาลเข้ม ตาขาวมีสีขาว รูม่านตามีขนาดประมาณ 3 mm. มีการตอบสนองต่อแสงไฟได้ดีทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาสีชมพู ไม่ซีด ไม่มีต้อเนื้อ ไม่มีต้อกระจก ไม่มีก้อนบวม
- 4.2.6 หู: ใบหูรูปร่างสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ตั้งอยู่ในแนวเดียวกับหางตา การได้ยินปกติ ไม่พบก้อน เนื้อบริเวณหูด้านนอกไม่มีรอยโรค ช่องหูทั้ง 2 ข้างปกติ ไม่มีรอยถลอกหรือการอักเสบ ไม่มีสารคัดหลั่ง ไม่พบก้อนและไม่มีตำแหน่งกดเจ็บ
- 4.2.7 จมูก: การได้กลิ่นปกติ ลักษณะภายนอกปกติ เยื่อบุจมูกมีสีชมพู กระจกที่มีลักษณะคล้ายลูกข่าง ไม่มีภาวะบวม ไม่มีการอักเสบ ไม่มีสารคัดหลั่ง กระจกผนังกั้นรูจมูกไม่คดโค้ง สมมาตรดีทั้ง 2 ข้าง
- 4.2.8 ปากและฟัน: ริมฝีปากชุ่มชื้นมีสีชมพู มุมปากซ้ายตก ไม่มีแผลและรอยโรค เยื่อบุช่องปากสีชมพู หลังน้ำลายปกติ ปากไม่ซีด เพดานอ่อนและเพดานแข็งไม่มีรอยโรค มีหินปูนเล็กน้อย ไม่มีฟันผุ และโยก
- 4.2.9 คอ: คอสมมาตรกันดีทั้ง 2 ข้าง ไม่บวมแดง ไม่มีรอยโรค ไม่มีคอติดแข็ง หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่บวมโต การเคลื่อนไหวของคอขณะกลืนปกติ และไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง
- 4.2.10 Skin/Breast: สีผิวขาวเหลืองสม่ำเสมอ ผิวเรียบอุ่นเมื่อสัมผัส ผิวหนังมีความตึงตัวดี ชุ่มชื้น ไม่มีบวม ไม่มีผิวหนังเขียวและม่วง ไม่มีภาวะตัวเหลือง ไม่มีผื่นจุดจ้ำเลือด ไม่มีแผลและรอยแผลเป็น คลำไม่พบก้อน ลักษณะห้วนมชายทั้ง 2 ข้าง มีรูปร่างสมมาตรกัน ไม่มีสารคัดหลั่ง กดไม่เจ็บและไม่มีการอักเสบ

4.2.11 Cardiovascular: อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 70 - 80 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ตำแหน่งที่ฟังแล้วหัวใจเต้นดังที่สุด คือ บริเวณซี่โครงลำดับที่ 5 แนวกึ่งกลางไหปลาร้า ไม่มีเสียง murmur คลำชีพจรจากส่วนข้อมือ หลังเข่า หลังเท้า และหลังหน้าแข้งได้ชัดเจน

4.2.12 Chest and Lungs: รูปร่างทรวงอกสมมาตร เส้นผ่าศูนย์กลางหน้าหลังต่อเส้นผ่านศูนย์กลางด้านข้างเท่ากับ 1:2 คลำไม่พบก้อน ไม่มีการกดเจ็บ การเคลื่อนไหวของหน้าอกด้านซ้ายเท่ากับด้านขวา อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ปอดขยายตัวดีเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ความสั่นสะเทือนสัมผัสเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เคาะปอดได้เสียงโปร่งเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เสียงหายใจปกติ

4.2.13 Abdomen: หน้าท้องกลมมน ไม่มีรอยโรค สมมาตรกัน ไม่มีการเคลื่อนไหวและการดันของชีพจรบริเวณหน้าท้องผิดปกติ เสียงการทำงานของลำไส้ 3 - 4 ครั้งต่อนาที เคาะโปร่ง คลำไม่พบก้อนเนื้อ ไม่มีท้องแข็ง คลำไม่พบตับ ไต และม้าม ไม่มีกดเจ็บที่บริเวณ Costovertebral Angle

4.2.14. Musculoskeletal: ศอก ข้อมือ นิ้ว สะโพก เข่า และข้อเท้าไม่มีผิดปกติ ไม่พบก้อนและรอยโรค สิ่งแปลกปลอมหรือความผิดปกติอื่น ๆ จากการคลำไม่พบการกดเจ็บ ระยะการเคลื่อนไหวของข้อต่อและความตึงของกล้ามเนื้อซีกซ้ายปกติ ซีกขวาพบการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่ายกแขนจำกัด 120 องศา

4.2.15 Psychology: ไม่มีอาการตื่นเต็นง่าย นอนหลับได้ 2Q เท่ากับ 0 คะแนน และ 9Q เท่ากับ 0 คะแนน มีสีหน้าวิตกกังวล

4.2.16 Lymph Nodes: ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และขาหนีบ ไม่บวมโตและกดไม่เจ็บ

4.2.17 Fall risk Assessment Tool: (RJ Modified) เท่ากับ 2 คะแนน Braden Scale เท่ากับ 22 คะแนน Barthel Index เท่ากับ 80 คะแนน

4.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจชีวเคมี

ชนิดการตรวจ	Normal value	วันที่ตรวจ			
		4 มี.ค.67	5 มี.ค.67	16 มี.ค.67	5 พ.ค.67
Glucose	74-100 mg/dL	173	92	89	103 ↑
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	4.29	-	3.43 ↓	3.57
eGFR	> 90	84 ↓	-	90	77 ↓
HDL	-	-	34 ↓	42 ↓	42 ↓
CPK	30-200 U/L	-	-	264 ↑	102
HbA1C	4.8 - 5.9 %	7.8 ↑	6.4 ↑	6.6 ↑	6.5 ↑

จากตารางที่ 1 ผลการตรวจชีวเคมีของผู้ป่วยในการตรวจวันที่ 4, 5, 16 มีนาคม 2567 และ 5 พฤษภาคม 2567 พบค่าน้ำตาลสะสมในเลือดหรือค่าฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) สูงกว่าค่าปกติ

โดยตรวจพบ HbA1C เท่ากับ 6.5, 6.4, 6.6, 6.5 mg% ตามลำดับ และตรวจพบกลูโคส (Glucose) ในเลือดสูงเล็กน้อย ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และในวันที่ 4 มีนาคม 2567 และวันที่ 5 พฤษภาคม 2567 ตรวจพบค่า eGFR ซึ่งเป็นค่าของปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาทีเท่ากับ 84 ซึ่งต่ำกว่าปกติ แสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานของไตของผู้ป่วยลดลงเล็กน้อย วันที่ 16 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ เนื่องจากค่าโพแทสเซียมต่ำ (Potassium = 3.43) ระดับค่าเอนไซม์ที่หลังจากกล้ามเนื้ออยู่ในระดับสูง (CPK = 264) แสดงถึงร่างกายเริ่มมีการสลายกล้ามเนื้อป้อนเลือดออกมา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับไตและทำให้ไตวายได้ และค่า HDL (High-Density Lipoprotein) ซึ่งเป็นคอเลสเตอรอลที่ดี อยู่ในระดับต่ำแสดงว่าผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาสุขภาพ

4.4 การวางแผนและดำเนินการให้การพยาบาล การประเมินและสรุปผลการให้การพยาบาล

การให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองตีบที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) เป็นการให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยผู้ป่วยตามอาการที่เกิดขึ้น ผู้ศึกษาได้วางแผนการให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ให้การดูแลตามแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพ (Care Map) รวมทั้งการประเมินและสรุปผลการให้การพยาบาล ดังนี้

4.4.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: มีโอกาสเกิดภาวะระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) ภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 24 ชั่วโมงแรก

1) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2) เกณฑ์การประเมิน (1) สัญญาณชีพปกติ (2) ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มี เกร็งกระตุก (3) Coma Scale ไม่ต่ำกว่า 10 คะแนน หรือดีขึ้น (4) Pupil React to Light ดี เท่ากัน ทั้งสองข้าง และ (5) Motor Power ไม่ลดลงจากเดิม

3) กิจกรรมการพยาบาล

(1) ประเมินความรู้สึกตัวทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หลังได้รับยา rt-PA if N/S Decrease > 2 แจ้งแพทย์ทราบ

(2) ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา rt-PA ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/105 มิลลิเมตรปรอท

(3) ดูแลให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตาม แผนการรักษาของแพทย์

(4) จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15 - 30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอ และสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก ห้ามจัดท่านอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ

(5) สังเกตอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 20% และความดันชีพจรกว้างขึ้น (Pulse Pressure 50 - 60 mmHg) รูปแบบการหายใจปกติ ลักษณะ Cheyne Stroke, Hyperventilation เป็นต้น

(6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

4) การประเมินผลการพยาบาล

- (1) สัญญาณชีพไม่มีไข้ ความดันโลหิต 110/80 - 130/90 mmHg. ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 100%
- (2) ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- (3) รู้สึกตัวดีตามตอบรู้อย่าง Coma Scale E4V5M6, Pupil 3 mm. React to Light ดี เท่ากันทั้งสองข้าง Motor Power แขนขาต้านขวาอ่อนแรงเกรด
- (4) แขนขาซีกซ้ายเกรด
- (5) NIHSS = 6

4.4.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: อาจเกิดอันตรายจากเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

- 1) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยากจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
- 2) เกณฑ์การประเมิน คือ ไม่พบอาการแสดงของภาวะเลือดออก เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด ปวดศีรษะ ซีมลง คลื่นไส้ อาเจียน
- 3) กิจกรรมการพยาบาล
 - (1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หากพบอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง $\geq 180/105$ mmHg รายงานแพทย์ทันที
 - (2) ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หากพบอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2 คะแนน Motor Power ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ทันที
 - (3) สังเกตจุดเลือดออกตามร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด อาการปวดศีรษะ ซีมลงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง
 - (4) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
 - (5) ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ NIHSS
 - (6) จัดท่านอนให้นอนราบบนเตียง ติดตามอาการใกล้ขีด ระวังระดับออกซิเจนในเลือดตก หกล้มเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย
- 4) การประเมินผลการพยาบาล
ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4V5M6 Pupil 3 mm RTLBE Motor Power แขนขาข้างขวาเกรด 4 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่พบจุดเลือดออกตามร่างกาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/80 - 130/90 mmHg. ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ออกซิเจนในร่างกาย 100%

4.4.3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อภาวะ Progressive Stroke และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

- 1) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อไม่ให้เกิดภาวะ Progressive Stroke
- 2) เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทคงที่หรือดีขึ้น
- 3) กิจกรรมการพยาบาล

(1) ประเมินอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งประเมินได้จาก ระดับความรู้สึก รูปร่างตา ปฏิกริยาต่อแสง และระบบการเคลื่อนไหวร่างกาย

(2) ประเมินสัญญาณชีพ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

(3) ให้ออกซิเจนสูง 30 องศา ศีรษะ ลำคออยู่ในแนวตรงไม่บิดงอ สะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา

(4) Monitor EKG อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

(5) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิกรัม/ชั่วโมง

- 4) การประเมินผลการพยาบาล

ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 Pupil 3 mm RTLBE กำลังแขนขาข้างขวา เกรด 5 แขนขาข้างซ้าย เกรด 5 ความดันโลหิต 110/80 - 130/90 mmHg. ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาทีออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 100% NIHSS = 2 คะแนน (วันที่ 4 มี.ค. 2565 เวลา 18.30 น.)

4.4.4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: อาจเกิดอุบัติเหตุหกล้ม เนื่องจากกำลังแขนขาข้างขวา เกรด 4 อ่อนแรง

- 1) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

- 2) เกณฑ์การประเมิน

(1) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้คนเดียว

(2) คะแนน Barthel Index มากกว่า 35 คะแนน

(3) ไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม

- 3) กิจกรรมการพยาบาล

(1) ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยคนเดียว

(2) หมุนระดับเตียงให้ต่ำและยกราวกันเตียงขึ้นทั้งสองด้าน ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ

(3) ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาเจ้าหน้าที่เสมอ หรือมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเวลา

(4) แนะนำและให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

(5) แนะนำและจัดวางกระดิ่งไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อกดเรียกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

(6) จัดวางของใช้ไว้ใกล้มือผู้ป่วย เพื่อหยิบจับของได้สะดวก

- 4) การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ประเมิน Barthel Index เท่ากับ 90 คะแนน, mRS เท่ากับ 2 คะแนน และ Fall Risk Score เท่ากับ 2 คะแนน

4.4.5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: มีภาวะพร้อมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

1) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2) เกณฑ์การประเมิน

(1) คะแนน Barthel Index of ADL (Activity of Daily Living) 80 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน)

(2) ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยได้ตามปกติ

3) กิจกรรมการพยาบาล

(1) ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Bathel ADL Index

(2) แนะนำผู้ป่วยและให้ญาติดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลุกนั่ง การเสริมสร้างทักษะ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

(3) ดูแลแบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วย สอนวิธีการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ แนะนำญาติให้ดูแลความสะอาด การจัดหากระโถนไว้ใกล้ผู้ป่วย

(4) ดูแลแบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วย แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดหาที่นอนที่นุ่มและจัดสถานที่นอนให้โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

(5) ดูแลแบบแผนการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพูดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน

4) การประเมินผลการพยาบาล

(1) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น คะแนน Barthel Index of ADL (Activity of Daily Living) 80 คะแนน ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 90 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน)

(2) ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

4.4.6 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย

1) วัตถุประสงค์การพยาบาล

(1) เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

(2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและการดูแลผู้ป่วย

(3) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถวางแผนในการดำเนินชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจไว้ล่วงหน้าได้

2) เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล

3) กิจกรรมการพยาบาล

(1) แนะนำเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย และวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

(2) รับฟังปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

(3) ใช้วาจาและสัมผัสที่นุ่มนวล ให้ความมั่นใจ จะไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว

(4) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน ไม่รบกวนเวลานอนของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น พยายามจัดตารางการพยาบาลในเวลาที่มีผู้ป่วยตื่น

(5) ให้ความรู้และแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีในการดูแลตนเองให้สุขภาพที่ดีขึ้น

4) การประเมินผลการพยาบาล

เจ้าหน้าที่พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง ผู้ป่วยและญาติได้พบแพทย์เจ้าของไข้เป็นระยะและทราบถึงการดำเนินของโรค รวมทั้งแนวทางในการรักษา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา ระยะสิ้นสุดและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีกำลังใจที่จะรักษาให้ดีขึ้น รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติเป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาล

4.4.7 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: อาจเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (Recurrent Stroke)

1) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Recurrent Stroke

2) เกณฑ์การประเมิน

(1) ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15 คะแนน

(2) ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีอาการชัก เกร็ง กระตุก Pupil ไม่เท่ากัน คลื่นไส้

อาเจียนรุนแรง

(3) BP < 220/120 mmHg ชีพจรเต้นเร็ว < 120/min

(4) Motor Power แขนขาทั้งสองข้างไม่ลดลงจากเดิม

(5) ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

3) กิจกรรมการพยาบาล

(1) เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ถ้า GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ รายงานแพทย์ทราบทันที

(2) ตรวจเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากพบสัญญาณชีพผิดปกติ คือ ความดันโลหิต SBP > 185 - 220 mmHg, DBP > 120 - 140 mmHg รายงานแพทย์ทราบทันที

(3) แนะนำให้รับประทานอาหารที่เหมาะสม เลิกดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ

(4) แนะนำให้รับประทานยาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง และไปพบแพทย์ตามนัด

ทุกครั้ง

(5) ให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ หาวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสมาธิหรือสิ่งที่ชอบและเหมาะสมที่สามารถทำได้

4) การประเมินผลการพยาบาล

(1) ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15 คะแนน E4V5M6 Pupil 3mm RTLBE ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่คลื่นไส้อาเจียนหรืออาการเวียนศีรษะ พูดชัดเจน ไม่มีหน้าเบี้ยว ไม่มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรงหรือเดินเซ V/S ปกติ BP 110 - 130/80 - 90 mmHg HR 70 - 80/min อัตรา

การหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาทีออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 99% NIHSS = 0 คะแนน Barthel Index = 100 คะแนน, Modified Rankin Scale = 1 (วันที่ 8 มีนาคม 2565 เวลา 10.00 น.) Motor Power แขนขา ด้านขวามีแรงเกรด 5, แขนขาซีกซ้ายเกรด 5

(2) ญาติและผู้ป่วยรับทราบเข้าใจ ญาติสามารถบอกการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด Recurrent Stroke ได้ เช่น ต้องพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ต้องดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่หยุดยาเอง และบอกอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ได้

4.4.8 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค

1) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง มีความรู้และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ได้ถูกต้อง

2) เกณฑ์การประเมิน

(1) ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ได้ดี

(2) ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลน้อยลง เช่น มีสีหน้าแจ่มใส อธิบายย้อนกลับเกี่ยวกับพยาธิของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ได้ถูกต้อง

3) กิจกรรมการพยาบาล

(1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร

(2) ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกออกมา และซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง

(3) อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด และอธิบายการดำเนินไปของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันประเมินหรือคาดการณ์ผลลัพธ์ของการรักษา และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านตามทฤษฎีของรอย

(4) วางแผนการพยาบาลเพื่อประคับประคองผู้ป่วยอธิบายและตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล

(5) ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดและควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์

(6) แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังดนตรี ทำสมาธิ กำหนดลมหายใจเข้า - ออก ฟังธรรมะเพื่อให้สบายใจ เป็นต้น

(7) แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจบ่อย ๆ

4) การประเมินผลการพยาบาล

(1) จากการให้คำแนะนำและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วม พบว่าผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง ยิ้มแย้มพูดคุยดี โดยเฉพาะผู้ป่วยจะยิ้ม อารมณ์ดี ไม่ค่อยหงุดหงิด ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดี

(2) ญาติผู้ป่วย ได้แก่ พ่อ พี่ชาย พี่สะใภ้ และหลานสาว มีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยควบคุมเรื่องการทานอาหารเฉพาะโรค ไม่ให้ผู้ป่วยดื่มไวน์

4.4.9 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

1) วัตถุประสงค์การพยาบาล

(1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรค และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

(2) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายหลังจำหน่าย

2) เกณฑ์การประเมิน

(1) ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้องและดูแลตนเองเหมาะสมกับโรค

(2) ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

(3) ผู้ป่วยไม่เกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

3) กิจกรรมการพยาบาล

(1) ให้ความรู้ความเข้าใจตามหลัก D-METHOD

ก. Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่

ข. Medicine แนะนำการใช้ยา สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับประทาน Aspirin (325 mg) ให้สังเกตเลือดออกตามร่างกาย ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน ถ่ายดำ มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

ค. Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสุขภาพ มีความปลอดภัยและสอดคล้องกับระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

ง. Treatment ให้ญาติและผู้ป่วยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและฟื้นฟูสุขภาพตนเอง

จ. Health การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแนะนำให้ออกกำลังกายที่ไม่หักโหมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ฉ. Out patient ประเมินการตรวจตามนัด แจ้งวันที่ให้ตรวจตามนัดทุกครั้ง

ช. Diet แนะนำให้เลือกรับประทานอาหารเหมาะสม ไม่ควรมีรสเค็มจัด หลีกเลี่ยงการปรุงโดยใช้เน้าปลา ซีอิ้วขาว น้ำมันหอย ผงชูรส เครื่องปรุงรสต่าง ๆ ในการปรุงอาหาร แนะนำการประกอบอาหารโดยการต้ม นึ่ง ตุ่น อย่าง แทนการทอดโดยใช้น้ำมัน

(2) วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

(3) แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีตมัวข้างใดข้างหนึ่ง

4) การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันและไขมันในหลอดเลือด ขณะแนะนำผู้ป่วยพักหน้ารับทราบและบอกว่า “จะกินยาตามที่หมอสั่ง” ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และการดูแลไม่มีปัญหาการมาตรวจตามนัดพร้อมกับมีเบอร์โทรศัพท์หผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองตีบ (Stroke Unit) เมื่อต้องการซักถามหรือคำแนะนำ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

5. การวิจารณ์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีประวัติป่วยเป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลรามธิบดี เมื่อปี 2559 และในปี 2564 ได้รับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลราชวิถี พบเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง แพทย์ให้ยารักษาต่อเนื่อง เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2565 ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีด้วยอาการเวียนศีรษะ ปวดไม่ชัด ปวดข้าง หน้าเบี้ยว แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เดินเซ ข้างขวา แกร็บที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจวินิจฉัยครั้งแรกมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA) แพทย์ทำการประเมินร่างกายแล้ว ให้ยา rt-PA ในรักษาเบื้องต้น จากนั้นส่งตรวจสมองด้วย EKG และทำ CT Brain แล้วให้การรับไว้เพื่อการรักษาต่อในโรงพยาบาล และให้การวินิจฉัยโรคใหม่ด้วยการเป็นโรค Ischemic Stroke with Left Middle Cerebral Artery แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพบ Platelet Count เท่ากับ 211,000 u/L, HCT เท่ากับ 46.7% Non-hemorrhagic แพทย์พิจารณาให้เริ่มยา Aspirin (325 mg) 1 tab Per Oral PC และทำการส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อทำกายภาพฟื้นฟู และทำกายภาพบำบัด ในระหว่างที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาล มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ซึ่งประกอบด้วยระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด ระบบระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน และระบบการพยาบาลในรูปแบบสนับสนุนให้ความรู้ มาพิจารณาในการวางแผนให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยขณะทำการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง สามารถที่จะกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับมาเป็นปกติเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ ที่โรงพยาบาลได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยญาติพี่น้องของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายฟื้นคืน ปกติได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในหลอดเลือด ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ในการกินยารักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และจะไปพบแพทย์ตามนัดตรวจทุกครั้ง

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะเชิงวิชาชีพ ในการประเมิน คัดกรอง ติดตาม และวางแผน ตัดสินใจ เพื่อรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลาที่กำหนด

6.2 นำแนวคิดและข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษา ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน

6.3 ผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้อีก จึงควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และต้องมาตรวจตามนัดอีกเป็นระยะ ๆ

6.4 ผู้บริหารควรสร้างโอกาสและหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤต

7. สรุป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีประวัติป่วยเป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลรามาริมใต้ เมื่อปี 2559 และในปี 2564 ได้รับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลราชวิถี พบเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง แพทย์ให้ยารักษาต่อเนื่อง ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ปวดไม่ชัด ปวดข้างลง หน้าเบี้ยว แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เดินเซข้างขวานั่งพัก 30 นาทีแล้วอาการดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาลราชวิถี แรกรับที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล แพทย์ตรวจวินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) จึงให้ยา rt-PA ในรักษาเบื้องต้น ส่งตรวจสมองด้วย EKG และทำ CT Brain และให้การวินิจฉัยโรคใหม่ด้วยอาการ Ischemic Stroke with Left Middle Cerebral Artery ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Platelet Count เท่ากับ 211,000 uL, HCT เท่ากับ 46.7% Non-hemorrhagic แพทย์เริ่มให้ยา Aspirin (325mg) 1 tab Per Oral PC ในการรักษาและส่งทำกายภาพฟื้นฟูและทำกายภาพบำบัด การพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ตามแผนให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายฟื้นคืนปกติได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในหลอดเลือด และการดูแลตนเองในการกินยารักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และการไปพบแพทย์ตามนัดตรวจทุกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

ณัฐฉิรวรรณ พันธุ์มุง, อลิสรดา อยู่เลิศลพ, และอามีนะห์ เจาะปอ. (2561). ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาทโลก ปี 2561. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

ดลพร ตันทะนงศักดิ์กุล, วิณา เทียงธรรม, และปาหนัน พิษณุภิญโญ. (2565). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะระดับไขมันในเลือดสูง

โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 91-104.

พรภัทร ธรรมสโรช. (2562). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.

โรงพยาบาลราชวิถี. (2566). *รายงานสถิติประจำปี 2566*. งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์.

<https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=32437>

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558*. <https://url.in.th/uuopF>

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566* (พิมพ์ครั้งที่ 1).

https://drive.google.com/file/d/1OWot_is09slDaR1f8L-Af6DzlAvToA-h/view?usp=sharing

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). *สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน*.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1551720240403041604.pdf>.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สถาบันประสาทวิทยา. (2556). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรมการแพทย์.

สุชาติสินี มั่นจิราวุฒินัน. (2558). *แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Best practice in stroke Management*. ธนาเพชร.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concept of Practice*. (6th ed.). St. Mosby.

Whelton, P.K. (1994). Epidemiology of Hypertension. *The lancet*, 344 (8915), 101 - 106.