



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน

ศิริภาณี แพทย์นุสนธิ์ พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail :siraneephat@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 77 ปี วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 16.38 น. และรับไว้ใน การดูแลเวลา 18.29 น. มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหัวใจสั่นพลิ้ว รักษาต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลชุมชน ปฏิเสธการใช้ยารักษาโรคหัวใจสั่นพลิ้ว ประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี หยุดสูบบุหรี่มา 10 ปี ญาติให้ประวัติ 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการพูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง เวียน ศีรษะ บ้านหมุน ไม่ได้รักษาที่ไหน แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึม เรียกลืมตาปริ้อๆ พูดเป็นคำๆ ประเมินระดับความรู้สึกโดยใช้ GlasgowComaScore E3V3M2 รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อ แสงเท่ากันทั้งสองข้าง แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ(Endotracheal Tube) เบอร์ 7.5 ลึก 20 เซนติเมตรและต่อ เครื่องช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดที่ควบคุมด้วยปริมาตรและความดัน (Ventilator) setting PVC mode IP 22 cmH₂O Fio₂ 0.4 PEEP 5 ประเมิน National Institute of Health Stroke(NIHSS) ได้ 14 คะแนน แขนขาซ้ายอ่อนแรง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาซ้าย ระดับ 0 แขนขาขวา กำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 4 แขนขาขวากำลังกล้ามเนื้อระดับ 5 ทำ CT Brain non contrast ผล Acute infarction at the right corona radiata แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ไม่พบข้อห้ามในการให้ยา ละลายลิ่มเลือด rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) ผ่านทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้ rt-PA ขณะให้ยา rt-PA ไม่มีจุดเลือดออกตามร่างกาย ไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง EKG เป็นภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว(Atrial Fibrillation) อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการใจสั่น ทำ CT brain non contrast หลังได้ rt-PA 24 ชั่วโมง ผล Chronological change of acute infarction at right corona radiata , No hemorrhagic transformation ได้รับการรักษาต่อด้วย ASA(300) ต่อเนื่อง 5 วัน และปรับเป็น Warfarin ในวันที่สองของการรับการรักษา ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.9 - 38.3 องศาเซลเซียส ซีฟจร 60 - 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 111/90 - 131/92 มิลลิเมตรปรอท ผลการเพาะเชื้อเสมหะพบเชื้อ Klebsiella pneumoniae ผล Chest X-Ray มี infiltration both lung ได้ให้ยา ปฏิชีวนะเป็น Tazocin 4.5 gm. vein ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 7 วัน ขณะให้ยาปฏิชีวนะเข้าวันที่ 5 ไข้ลดลง ไม่เหนื่อย ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน เสมหะลดลง แพทย์ให้ฝึกการหายใจโดยให้ On O₂ T-piece 10 LPM เป็นเวลา 1 วัน การหายใจปกติอัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด 99-100% สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จากนั้นได้รับการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ประสานศูนย์ ดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมวางแผนจำหน่ายอาการก่อนจำหน่าย รู้สึกตัว E4V5M6 รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ(Motor power)แขนขาสองข้างระดับ 5 พูดไม่ชัด เล็กน้อย ไม่มีมุมปากตก ไม่ชา ไม่เหนื่อย ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีจุดเลือดออกตามร่างกาย National Institute of Health Stroke (NIHSS) ได้ 1 คะแนน Barthel ADL Index 20 คะแนน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 13 พฤษภาคม 2566 เวลา 12.00 น.รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัว และอยู่ในการดูแล 11 วัน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการอย่างรุนแรงและเรื้อรัง รวมทั้งสูญเสียด้านอื่น ๆ อีกมากมาย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาทำความเข้าใจในปัจจุบันและกระบวนการการเกิดโรค รวมทั้งแนวทางในการรักษาและเฝ้าระวังเพื่อประโยชน์ในการให้ความรู้และรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้จากการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และสามารถลดอัตราการตาย ลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยโรคนี้ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบการบริการที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะช่วงแรกอย่างถูกต้องทันที่และมีประสิทธิภาพจากทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง และมีทักษะในการประเมินวินิจฉัยปัญหา ให้การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติที่สุด

ปัจจุบันมีแนวทางและเทคโนโลยีใหม่ๆในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องซึ่งการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) สามารถลดอัตราการตายและความพิการได้ (มนันทยา กองเมืองปัก และคณะ, 2560) จากข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรงพยาบาลตราด ปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยมารักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 550, 620 และ 657 ราย จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 21, 20 และ 29 ตามลำดับ(ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลตราด, 2566) เมื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤต อาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 60

โรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (WHO ,2558) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า Rapidly developed clinical signs of focal (Global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดในสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการ และอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิด infarction หรือ hemorrhage

National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองคือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดที่เลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ (มนันทยา กองเมืองปักและคณะ,2560)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

สมองมีระบบหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและหลัง มีโครงสร้างและกลไกที่สามารถป้องกันตนเองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลายอย่าง ได้แก่ การเชื่อมประสานกันของแขนงหลอดเลือดแดง และกลไกการปรับตัวเพื่อที่จะเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมองและเพิ่มการสกัดเอากลูโคสและออกซิเจนจากหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ในภาวะปกติสมองมีเลือดมาเลี้ยงประมาณ 50 - 55 มล./100 กรัมของสมอง/นาที ถ้าปริมาณ

เลือดมาเลี้ยงส่วนใดส่วนหนึ่งลดต่ำกว่า 18 มล./100 กรัมของสมอง/นาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระแต่ยังไม่ตายจะทำหน้าที่ได้เป็นปกติ ถ้ามีเลือดมาเลี้ยงในปริมาณเท่าเดิม ถ้าสมองได้รับเลือดน้อยกว่า 15 มล./100 กรัมของสมอง/นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวร และถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงโดยสิ้นเชิงเกิน 3 - 8 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลายไม่สามารถฟื้นได้

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ ดังนี้ คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า 80% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจะทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

1.1 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke)

1.2 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke)

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณ 20% สามารถแบ่งได้อีก 2 ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

2.1 โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

2.2 โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

สำหรับการศึกษานี้ จะศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดสมองขาดเลือด ซึ่งมีสาเหตุต่างๆดังนี้

สาเหตุของสมองขาดเลือด

1. โรคของผนังหลอดเลือด

1.1 โรคของผนังหลอดเลือดที่อาจเกิดจากความเสื่อมของผนังหลอดเลือด เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เกิดปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูงอายุ เป็นต้น

1.2 โรคของผนังหลอดเลือดที่เกิดจากการอักเสบ

1.3 หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด

1.4 หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกกดทับโดยกระดูก

1.5 ผนังหลอดเลือดสมองถูกฉีก (dissection)

1.6 หลอดเลือดสมองหดเกร็ง

2. โรคทางโลหิตวิทยา ได้แก่ โรคที่เกี่ยวข้องกับเซลล์เม็ดเลือด เช่น polycythemia โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด

3. โรคที่เกิดจากลิ่มเลือดส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น โรคหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ/หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจชนิดรูมาติก (rheumatic heart disease) ที่มีลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ (mitral valve stenosis) โรคลิ่มเลือดบริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติด/หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ลำคอ (plaque at carotid artery) ก้อนไขมันขนาดเล็กหลุดเข้าหลอดเลือดแดงจากภาวะกระดูกหัก ลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำที่ขา หลุดลอยไปยัง หัวใจห้องบนด้านขวาแล้วผ่านช่องระหว่างหัวใจห้องบนเข้าไปสู่หัวใจห้องบนด้านซ้ายแล้วลอยต่อไปอุด หลอดเลือดแดงในสมอง (paradoxical embolism)

4. โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นจากกรรมพันธุ์

5. โรคหลอดเลือดที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรงได้ โดยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกกด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ อ่อนแรง หรือขาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด โดยเฉพาะที่มีอาการ เพียงข้างเดียว พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน ชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อนและเวียนศีรษะบ้านหมุน หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหรือญาติ สามารถประเมินได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ถึงอาการ ของโรคหลอดเลือดสมอง (perception of symptoms) ซึ่งจากอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีแนวโน้มจะทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง

การรักษา

เมื่อเกิดมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคแล้ว ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน หรือภาวะวิกฤติเพราะสิ่งสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง คือ เวลา การบริหารจัดการให้ใช้เวลาน้อยที่สุด คือ หัวใจของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของโรค การดูแลที่ดีสามารถลดอัตราการตาย ลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อนได้นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเป็นภาระแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยการรักษาที่ถือเป็นมาตรฐานและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษา (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

- 1.การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet drug) ได้แก่ aspirin ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ หรือการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ในผู้ป่วยที่เป็น cardioembolic stroke
- 2.การให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ทาง หลอดเลือดดำ (intravenous thrombolysis) โดยให้ ยาแก่ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ ในระยะเวลาไม่เกิน 4 ชั่วโมง ครึ่ง หลังเริ่มมีอาการ
- 3.การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง หรือที่เรียกว่า stroke unit
- 4.การรักษาผ่าตัดเปิดกะโหลกกว้างเพื่อ ลดความดันในสมอง (decompressive wide craniectomy) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณ middle cerebral artery (MCA)
- 5.การรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือด ในสมอง (endovascular treatment) ภายใต้การใช้เครื่องเอกซเรย์เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเป็นความก้าวหน้าของการรักษา

สำหรับการศึกษานี้ จะศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดปัญหาทางระบบประสาท(Diagnosis of ischemic stroke causing measurable neurological deficit) มีอาการของหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใน 4.5 ชั่วโมง และไม่มีข้อห้ามในการให้ การให้ยาละลายลิ่มเลือด(Thrombolysis agent) ได้แก่ recombinant tissue plasminogen activator(rt-PA)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

- 1.สมองบวม (brain edema) มี 2 ชนิดใหญ่ๆคือ

- 1.1 Cytotoxic edema เกิดการบวมของเซลล์สมอง glial cell และเซลล์ endothelium ของหลอดเลือดฝอยมีการสูญเสียกระบวนการเมตาบอริซึมโดยการรั่วออกซิเจน ทำให้กระบวนการเมตาบอริซึมโดยไม่ใช่ออกซิเจนให้พลังงานไม่เพียงพอ กระบวนการ sodium pump และ active ion transport จึงเสียไปด้วย ภายในเซลล์จึงมีการคั่งของสารต่าง ๆ โดยเฉพาะ Na ทำให้ osmolarity ภายในเซลล์เพิ่มขึ้น มีการดึงน้ำเข้าเซลล์มากขึ้น การบวมชนิดนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 3-4 ชั่วโมงแรกของการขาดเลือด และความมากมายของการเกิดขึ้นขึ้นอยู่กับขนาดของสมองที่ขาดเลือด ส่วนใหญ่เกิดมากที่สุดในวันที่2หลังสมองขาดเลือด

1.2 Vasogenic edema เกิดขึ้นได้ ต้องขึ้นอยู่กับ hydrostatic pressure ซึ่งจะมีผลต่อ perfusion pressure เฉพาะที่ การบวมชนิดนี้ต้องมีการไหลเวียนเลือดหลงเหลือในระดับแรงดันเลือดที่เหมาะสม หากลดความดันเลือดลดลงมากจะทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองลดลงทำให้สมองขาดเลือดมากขึ้น จะเกิดมากที่สุดในวันที่3-4หลังภาวะสมองขาดเลือด

2. Recurrent stroke (การเกิดเป็นซ้ำ) พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจสั่นระริก (atrial fibrillation) และเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา มีโอกาสเป็นซ้ำประมาณร้อยละ14-16 ในช่วง 2 สัปดาห์แรก ส่วนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันจาก atherosclerosis มีโอกาสเป็นซ้ำภายใน 12-24 เดือน

3. Hydrocephalus พบได้น้อย ส่วนใหญ่เกิดจากสมองบวมแล้วไปกดทางเดินของน้ำไขสันหลัง

4. Hemorrhagic transformation (เลือดออกในบริเวณเนื้อสมองตาย) เกิดจาก blood brain barrier เสียหน้าที่ ทำให้เลือดซึมออกนอกหลอดเลือดและสมองบวมขึ้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดคือ การเพิ่ม perfusion pressure โดยการไม่ได้ควบคุมให้ดีหรือการเพิ่มความดันเลือดให้สูงขึ้น หรือการใส่ยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือด

5. Seizure (ชัก) พบประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดและพบได้ใน 2 สัปดาห์แรกของการเกิดโรค ลักษณะการชักจะเป็นการชักเฉพาะที่ หรือการชักทั้งตัวในอัตราที่เท่ากัน พบได้ในเดือนที่ 6-12 ของการเกิดโรค และอาจพบได้ถึง 5 ปี

พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมที่มีบทบาทอย่างยิ่งในทุกขั้นตอน ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย นับตั้งแต่การประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว การบริหารจัดการรับส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้อง พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าน่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาที่รวดเร็ว เพื่อลดอัตราตาย ความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในปัจจุบัน พบว่า ผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด ถ้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังมีอาการโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำสามารถช่วยลดความพิการลงได้ถึงร้อยละ 30-50 (มั่นชยา กองเมืองปัก และคณะ, 2560)

การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

แนวทางการพยาบาลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน

1.จัดให้มีพยาบาล /เจ้าหน้าที่ คัดกรอง /เวรเปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉินโดยเร็ว (ภายใน 3 นาที)

2.ซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีอาการสำคัญที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่าง ดังนี้

1) อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงของแขนขาหรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

2) การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็น

3) การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

4) เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว

5) ปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน และไม่เคยเป็นมาก่อน เวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ มี



ความสำคัญมากในการประเมิน เช่น ถ้าผู้ป่วย/ญาติแจ้งว่า มีอาการหลังตื่นนอนและไม่ทราบเวลาเข้านอนที่ชัดเจน จะทำให้ไม่ทราบ Stroke onset และไม่สามารถพิจารณาเข้า Stroke fast track แต่ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการหลังตื่นนอน และทราบเวลาเข้านอนชัดเจน และอยู่ในช่วงเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงก็สามารถพิจารณาการเข้า Stroke fast track ได้กรณีไม่ทราบเวลา Stroke onset ที่แน่นอน ให้ประเมินและใช้แนวทางการรักษาตาม care map / pathway ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากตำแหน่งต่าง ๆ ของการขาดเลือดในสมองของผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้มีปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจ และยังทำให้รีเฟล็กซ์ที่ป้องกันการสำลักลดลง และการที่มีภาวะขาดออกซิเจน จะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นต้องคอยดูแลและประเมินการหายใจของผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจน ตามแผนการรักษา โดยถ้าค่าระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำกว่าร้อยละ 94 ควรดูแลให้ Oxygen cannula 3-5 ลิตร/นาที่ตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการติดตามการประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากภาวะสมองขาดเลือดสามารถทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเต้นของหัวใจผิดปกติและความดันโลหิตที่สูงหรือต่ำเกินไปจะมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง

3. การดูแลด้านสารน้ำและเกลือแร่ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา โดยให้ในรูป Isotonic Solution ใน 24 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะขาดน้ำ ได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีอาการกลืนลำบาก และไม่ควรให้สารน้ำที่มีเกลือโคส เนื่องจากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง ยกเว้น กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อย หรืออยู่ในระหว่างการงดน้ำ และอาหาร และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหรือมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ควรจำกัดสารน้ำไม่ให้มีปริมาณมากเกินไปเพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้น

4. การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เมื่อพบว่าถ้าผู้ป่วยมีไข้ ควรรีบให้การดูแลเพื่อให้ อุณหภูมิของร่างกายลดลง ซึ่งพบว่า การลดไข้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของโรคที่ดีขึ้น เนื่องจากการที่มีอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นเกินปกติมีผลทำให้บริเวณของสมองขาดเลือดกว้างขึ้น และทำให้ผลการรักษาแย่งลง ทั้งนี้ เนื่องจากทำให้สมองต้องใช้พลังงานมากขึ้น และมีการหลั่งของสารสื่อประสาท และอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น

5. การดูแลและประเมินการกลืน ในผู้ป่วยบางรายความผิดปกติในสมองอาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา ด้านการกลืน โดยเฉพาะการกลืนของเหลวอันจะนำมาซึ่งการสำลักและติดเชื้อในปอด ดังนั้นจึงควรมี การดูแล และประเมินการกลืนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรก ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้จำเป็นต้องงดอาหาร และน้ำทางปากในช่วงแรกจนกว่าจะผ่านพ้นช่วงวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะฟื้นฟู

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจะสามารถเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้นการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพจึงมีประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เองให้มากที่สุดตามศักยภาพ และฟื้นฟูสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วย และญาติรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย(แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ,2559) โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การฟื้นฟูระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) และการฟื้นฟูระยะหลังหรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่(Late Recovery) ดังนี้

1. การฟื้นฟูระยะแรก หรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) การฟื้นฟูในระยะนี้สามารถ เริ่มฟื้นฟูสภาพได้ทันทีที่ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทเพิ่มขึ้น ร่วมกับภาวะทางอายุรกรรมที่คงที่ ภายในช่วง 24 - 48 ชั่วโมง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เกิน 180/ 110 mmHg. ซึ่งการดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1.1 การป้องกันข้อยึดติดโดยการทำให้ Passive Range of Motion ในส่วนแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต โดยให้ผู้ดูแลช่วยขยับข้อต่อจนสุดพิสัยของข้อทุกข้อ 3-5 ครั้ง ในแต่ละทิศทางของการเคลื่อนไหวอย่างน้อยวันละ 2 รอบ และให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ช่วยบริหารข้างที่เป็นอัมพาตด้วย

1.2 การจัดทำนอนให้ถูกต้องเหมาะสมและทำการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.3 การป้องกันความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural Hypotension) โดยจัดให้ผู้ป่วยได้นั่งบ่อยๆ ครั้งละ 15-30 นาทีวันละ 3-4 รอบ นอกจากนี้ ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยได้อีกด้วย

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery) การฟื้นฟูในระยะหลังนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่ม ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเอง ในด้านต่าง ๆ คือ การทรงตัว การเคลื่อนไหวและการเคลื่อนย้ายตัวเอง การกระตุ้นการควบคุมระบบสั่งการ และทักษะการสื่อสาร โดยการฟื้นฟูผู้ป่วย ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ และกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนหรือใกล้เคียงคนปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะนี้ผู้ดูแลสามารถทำการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยตัวเองที่บ้านได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับ ความพิการของผู้ป่วยและระดับความสามารถผู้ดูแลด้วยเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นซึ่งผู้ดูแลและสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อีกด้วย (มนันชยา กองเมือง ปักและคณะ, 2560)

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกรณีศึกษา นี้ จะศึกษาในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว Atrial fibrillation (AF) และผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีรายละเอียดของโรคและการพยาบาล ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง(Hypertension)

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่การวัดดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจ อุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และ อาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูงจึงควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดแดง มีความหนาตัวขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและรูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลง เลือดไหลผ่านไม่สะดวกทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงนอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดแดงขนาดเล็กในสมองโป่งพองออกเป็นกระเปาะเล็กๆ ซึ่งมีโอกาสเกิดหลอดเลือดแดงในสมองตีบ อุดตันหรือเกิดการปริแตกทำให้มีเลือดออกในสมองตามมา(ทีมนักกายภาพบำบัดเฉพาะทาง, 2562)

ความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) พบได้ประมาณ 95% ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แม้ปัจจุบันจะยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่อย่างไรก็ตามคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกาพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด อายุที่มากขึ้น และมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้น้อย คือ ประมาณ 5-10% ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยจะส่งผลให้เกิดแรงดันเลือดสูง ส่วนใหญ่อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่ไต ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคครรภ์เป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะ การใช้ยาและการถูกสารเคมี เป็นต้น

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต พบว่า เป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต ไม่ว่าจะ ผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ดังนี้

1.1 การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ (ควรควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม)

1.2.การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ

1.3 การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม จำกัดโซเดียมในอาหาร ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็น ผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดย เน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย

1.4 การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.5 การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2. การรักษาโดยการใช้ยาลดความดัน

การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมักมีความดันโลหิตสูงในระยะแรก ส่วนใหญ่แล้วระดับความดันโลหิตจะลดลงได้เอง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการติดตามระดับ ความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด และให้การรักษาเมื่อมีข้อบ่งชี้ ในผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง แพทย์ควรตรวจความแรงของชีพจร และวัดความ ดันโลหิตที่แขนทั้งสองข้าง เพื่อแยกโรคหรือภาวะที่ทำให้ความดันโลหิตที่แขนทั้งสองข้างแตกต่างกัน และควรประเมินหาภาวะอันตรายอื่นที่อาจเกิดร่วม เช่น ภาวะเลือดเซาะในผนังหลอดเลือดเอออร์ตา (aortic dissection) โรคความดันโลหิตสูงขั้น วิกฤตที่ ทำให้เกิดอาการทางสมอง (hypertensive encephalopathy) ไตวายเฉียบพลัน น้ำท่วมปอดเฉียบพลัน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกรณี ที่พบโรคหรือภาวะดังกล่าวให้ทำการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคนั้นร่วมไปด้วย(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว Atrial fibrillation (AF) เป็น “supraventricular tachyarrhythmia” ที่มีการกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบกระจายไม่เป็นระเบียบ ซึ่งเป็นผลให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป โดยมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีรูปร่างของ P wave หลายรูปแบบ มีความถี่เกินกว่า 350 ครั้งต่อนาทีและไม่สม่ำเสมอ Atrial flutter (AFL) เป็น “supraventricular tachyarrhythmia” ที่มีการกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบเป็นระเบียบและสม่ำเสมอ มีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีรูปร่างของ P wave รูปแบบเดียว มีความถี่ระหว่าง 250-350 ครั้งต่อนาที **ข้อสังเกต** ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทั้งสองชนิดนี้อาจพบร่วมกันในผู้ป่วย รายเดียวกันได้ (ดารณี เจริญรินและนงนุช แนะแก้ว, 2562)

สาเหตุของการเกิด Atrial Fibrillation มีทั้งที่เกิดจากหัวใจ เช่น โรคของลิ้นหัวใจ หัวใจล่างซ้ายโต โรคหลอดเลือดหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ(pericarditis) หรือเกิดจากสาเหตุที่ไม่ใช่หัวใจ เช่น ปอดอักเสบ การผ่าตัด การไม่สมดุลของเกลือแร่ hyperthyroidism, pulmonary embolism การได้รับสารจำพวก cocaine and caffeine, acute alcohol intoxication, septic or febrile illness สูงอายุ กรรมพันธุ์ ภาวะเครียด อ้วน หรือไม่ทราบสาเหตุ

อาการวิทยา ผู้ป่วย AF อาจไม่มีอาการ หรือมาพบแพทย์ด้วยอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ ใจสั่นเหนื่อยง่าย เป็นๆ หายๆ เหนื่อยขณะออกกำลังกาย ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นลมหมดสติเช่น ในกรณีที่มีความผิดปกติของ sinus node ร่วมด้วย หรือมีภาวะ AF ร่วมกับ preexcitation syndrome หรืออาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของภาวะแทรกซ้อนของ AF เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว เส้นเลือดสมองอุดตัน (ดารณี เจริญรินและนงนุช แนะแก้ว, 2562)

การรักษาภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว AF การรักษาภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว AF มีเป้าหมายเพื่อ ทำให้จังหวะหัวใจกลับมาเต้นปกติ หรือควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ และป้องกันไม่ให้เกิดลิ้มเลือด

1.การรักษาภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว AF จากการกระตุ้นภายนอก เกิดจากเหตุกระตุ้นจากภายนอกหัวใจ เช่นอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นหัวใจเช่นสารคาเฟอีนในกาแฟ ชา โสม แอลกอฮอล์ เป็นต้น ภาวะเครียดทางกายและใจจากการทำงานหนักพักผ่อนไม่พอก็เป็นสาเหตุได้เช่นกัน นอกจากนี้ความเจ็บป่วยต่างๆ ก็กระตุ้น AF ได้เช่นกัน เช่น หอบหืด ปอดอักเสบ ต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ

2.การรักษาภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว AF จากความผิดปกติของหัวใจอื่นๆ เช่น หลอดเลือดหัวใจอุดตัน ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจทำงานล้มเหลว สามารถกระตุ้นให้มีอาการ AF ได้ทั้งสิ้น การรักษาในกลุ่มนี้ ต้องมุ่งแก้ความผิดปกติที่เป็นต้นเหตุ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระตุ้นให้มีอาการ AF อีก ถ้าแก้ไขไม่ได้โอกาสที่จะทำให้ AF หายเป็นปกติก็จะเป็นไปได้ยาก แนวทางการรักษา คือ

2.1 การรักษาด้วยการใช้ยา การใช้ยาด้าน AF มีหลายขนานซึ่งจะมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกันและมีผลข้างเคียงต่างกัน

2.2การรักษาด้วยการใช้คลื่นวิทยุรักษาด้วยการใช้คลื่นวิทยุจี้บริเวณที่ผิดปกติในหัวใจ ซึ่งวิธีนี้มีความก้าวหน้ามาก ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนลดลง

2.3 การรักษาภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว AF ผู้ป่วยและญาติควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างละเอียดเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาให้ถูกต้อง เพื่อจะได้หายขาดจาก AF

2.4 ในรายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก็ควรได้รับการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ AF **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั้นพลิ้ว** (จิตตวดี เจริญทอง, 2564)

1. ประเมินอาการและอาการแสดง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หน้ามืด เป็นลม
2. ติดตามความรุนแรงของโรค โดยการวัดและประเมินสัญญาณชีพ

3. ประเมินอัตรา ความถี่ จังหวะการเต้นของหัวใจ เพื่อค้นหาความผิดปกติ
4. ตรวจ ติดตาม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ
5. ตรวจผิวหนังบริเวณแขนขาส่วนปลาย เพื่อติดตามการไหลเวียนของอวัยวะส่วนปลาย
6. ติดตามเส้นประวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาควบคุมการเต้นของหัวใจ และยารักษาฟาริน
7. ดูแลด้านจิตใจให้คลายความกังวลจากโรคและการปฏิบัติตัว

การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยว่าสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจหรือไม่
2. บันทึกอัตราการหายใจของผู้ป่วยทั้งจากเครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยหายใจด้วยตนเอง รวมทั้งปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยได้รับ (Tidal volume [Vt]) และประเมินโดยภาพรวมว่ามีความเหมาะสม หรือไม่ ควรบันทึกค่าทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจาก Vt จะเปลี่ยนแปลงตามแรงเสียดทานของท่อหลอดลมและความสามารถในการขยายตัวของปอด
3. ตรวจสอบขนาดและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ โดยตรวจสอบจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก หากปลายท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเลื่อนท่อช่วยหายใจ
4. ตรวจสอบท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการหัก พับ งอ โดยให้แนวโค้งของท่อช่วยหายใจอยู่ในแนวเดียวกันกับปากและลำคอของผู้ป่วย
5. ตรวจสอบสายของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้มีน้ำขัง เนื่องจากน้ำที่ขังอยู่ในสายเครื่องช่วยหายใจ จะเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็ว เกิดการต้านเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ได้รับปริมาตรอากาศไม่ตรงกับค่าที่ตั้งไว้และเสี่ยงต่อการล้าลึกและติดเชื้อที่ปอด
6. ตรวจสอบระบบความชื้น (Heated humidifier) ของเครื่องช่วยหายใจ โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมคือ 32-34 องศาเซลเซียส
7. ตรวจสอบวัสดุยึดตรึงตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ หากพบว่าพลาสติกหรือผ้าผูก มีคราบเปื้อน น้ำลาย หรือเสมหะให้ทำการเปลี่ยนวัสดุยึดตรึงท่อช่วยหายใจ
8. วัดความดันของกระเปาะหลอดลม (Cuff pressure) อย่างน้อยแะละ 1 ครั้ง โดยก่อนวัดควร จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง และห่างจากมืออาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง โดยค่าความดันของ กระเปาะหลอดลม ควรอยู่ระหว่าง 25- 30 mmHg หากมากกว่า 30 mmHg จะมีความเสี่ยงต่อ การเกิดการขาดเลือดของท่อหลอดลมคอ (Tracheal ischemia) และหากน้อยกว่า 25 mmHg อาจมีความเสี่ยงต่อท่อหายใจเลื่อนหลุด
9. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน โดยประเมินจากการ ทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต อัตราการเผาผลาญพลังงาน ความสมดุลของสารน้ำ และ กรด-ด่างของร่างกาย ภาวะโภชนาการ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และภาพถ่ายรังสี ทรวงอก (จันทร์ทิรา เจริญนัย และคณะ, 2563)

การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน

1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ช่วยให้ปอดขยายตัว และเพื่อช่วยลดการล้าลึก เนื่องจาก การใส่ท่อช่วยหายใจทางปากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วยด้วยน้ำยา 0.12% Chlorhexidine วันละ 2 ครั้งหรือทุก 12 ชั่วโมง และควรเช็ดทำความสะอาดบริเวณรอบปากผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อลดการสะสมของ เชื้อโรคจากคราบ น้ำลายและเสมหะ

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
4. จัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่รบกวนผู้ป่วย เช่น ลดเสียง และแสงที่ก่อให้เกิดการรบกวน กรณีที่ผู้ป่วย ได้รับยาที่ทำให้เกิดการง่วงซึม ควรใช้แบบประเมินภาวะง่วงซึมของริชมอนด์ (The Richmond Agitation and Sedation Scale [RASS]) ร่วมกับแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit [CAM-ICU]) ของ Inouye และ Ely

การพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

ป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของการดึงท่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วย อย่างเพียงพอ และหลีกเลี่ยงการผูกมัดมือของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสับสน พยาบาลควรเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

การหยาเครื่องช่วยหายใจ

การหยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นขั้นตอนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยมีแนวคิดคือ ผู้ดูแลควรจัดการหยาเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2556)

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

1. ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง ให้วิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและจัดการแก้ไขสาเหตุเหล่านั้น

2. ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกรายได้รับการประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ โดยเกณฑ์การประเมินควรครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้

2.1 ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน (ค่าความดันย่อยของก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงต่อค่าความเข้มข้นของก๊าซออกซิเจนในลมหายใจเข้า ไม่น้อยกว่า 150-200ค่าความดันย่อยของ ออกซิเจนในเลือดแดง มากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ใช้แรงดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจออกไม่ เกิน 5-8 เซนติเมตรน้ำ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในลมหายใจเข้า ไม่เกิน 0.4ค่ากรดต่างอยู่ในช่วง 7.30-7.45 หรือค่าตรรกะบ่งชี้ การหายใจเร็วไม่น้อยกว่า 105)

2.2 การไหลเวียนโลหิตคงที่ โดยไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือไม่มี ความดันโลหิตต่ำ (ใช้ยาตีบหลอดเลือด ขนาดต่ำ เช่น โดปามีน น้อยกว่า 5 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ต่อนาที)

2.3 อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 38 องศาเซลเซียส

2.4 ค่าฮีโมโกลบินมากกว่า 8-10กรัมต่อเดซิลิตร

2.5 ปลุกตื่นง่าย ไม่มีฤทธิ์ของยาคลายกล้ามเนื้อที่ทำให้หึ่งง่วงซึม

การติดตามการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง

1. ระหว่างการทดลองให้ผู้ป่วยหายใจเองมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สนับสนุนให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและกำลังใจแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม

2. ใช้ระยะเวลา 30 นาที สำหรับการทดลองให้ผู้ป่วยหายใจเองและประเมินความทนได้ของผู้ป่วย

3. การประเมินความสำเร็จของการทดลองให้ผู้ป่วยหายใจเองประกอบด้วยลักษณะการหายใจดี การแลกเปลี่ยนก๊าซพอเพียง การไหลเวียนโลหิตคงที่และผู้ป่วย สุขสบายขณะหายใจ

4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่มาเลี้ยงส่วนปลาย ไม่น้อย กว่าร้อยละ 90 หรือค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท

5. ค่าความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงเพิ่มขึ้นไม่เกิน 10 มิลลิเมตรปรอท หรือค่ากรดต่างในเลือดแดงลดลงไม่เกิน 0.10



6. อัตราการหายใจต่ำกว่า 35 ครั้งต่อนาที
7. อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 140 ครั้งต่อนาทีหรือเพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ 20 จากเดิม
8. ความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 80-160 มิลลิเมตรปรอทหรือเปลี่ยนแปลง น้อยกว่าร้อยละ 20 จากเดิม
9. ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ
10. ผู้ป่วยไม่มีอาการทุกข์ทรมาน อาการกระวนกระวายหรืออาการสับสน ง่วงซึม

ระยะเวลาการดำเนินการ

รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 18.29 น.

รับไว้ในการดูแล วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 18.29 น.

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 13 พฤษภาคม 2566 เวลา 12.00 น.

จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 13 พฤษภาคม 2566 เวลา 12.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 11 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 11 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล จากการซักประวัติผู้ป่วยญาติ และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการพูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง เวียนศีรษะ บ้านหมุน มีอาการหลังรับประทานอาหาร ภรรยาไม่แน่ใจว่ามีการสำลักอาหารหรือไม่ ภรรยานำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF (ไม่ได้ Warfarin ผู้ป่วยปฏิเสธเนื่องจากกลัวเรื่องอาการข้างเคียงจากการรับยา Warfarin)

ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ปฏิเสธโรคเรื้อรังและโรคทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO2) เท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์

ลักษณะทั่วไป ชายไทย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) 21.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รู้สึกตัว ทำตามสั่งได้ตามปกติ

ระบบทางเดินหายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube) เบอร์ 7.5 ลีท 20 เซนติเมตร ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดที่ควบคุมด้วยปริมาตรและความดัน (Ventilator) setting PVC mode IP 22 cmH2O Fio2 0.4 PEEP 5 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรดี ไม่มีอกบวม หายใจสม่ำเสมอ

การขยายตัวของทรวงอกสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่พบ murmur จังหวะการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ชีพจรไม่สม่ำเสมอ ปลายมือปลายเท้าไม่มีเขียวคล้ำ

ระบบเลือด ต่อม่าน้ำเหลือง และต่อมไร้ท่อ ไม่มีจ้ำเลือด หรือจุดเลือดออกตามร่างกาย คล้ำต่อมน้ำเหลืองที่คอ รักแร้ ขาหนีบ ไม่พบอาการบวมโต



ศิระ ไบหน้าและลำคอ

ศิระ : รูปร่างปกติ ผมน้ำดำ ไบหน้าได้รูป ไม่บิดเบี้ยว การเคลื่อนไหวไบหน้าปกติ

ลำคอ : คล้ำต่อมไทรอยด์ ต่อมน้ำเหลืองและต่อมทอนซิล ไม่บวมโต

ตา : เยื่อบุตาไม่เหลือง ไม่มีต่อกระจก ลานสายตาศปกติ รูม่านตาขยาย 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนอง ต่อแสงทั้ง 2 ข้าง

จมูก : รูปร่างสมมาตร รับกลิ่นปกติ

ปาก : ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (Endotracheal Tube) เบอร์ 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ไม่มีแผลในปาก

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องสมมาตรดี ไม่มีก้อน ท้อง soft

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีกระดูกงอกของกระดูกสันหลัง แขนขาไม่มีรอยแผลเป็น ไม่พบกระดูกแขนและขาผิดปกติ

ระบบประสาท

ระดับความรู้สึกตัว : Glasgow Coma Scale (GCS) E4 Vt M6 รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร

มีปฏิกิริยาตอบสนองเท่ากันทั้งสองข้าง

ADL 0 คะแนน, Modified rankin scale 5 คะแนน

กำลังของกล้ามเนื้อ : แขนขาซ้ายระดับ 0 แขนขาขวา กำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 4 ทำตามสั่งบางครั้ง

การรับรู้ความรู้สึกของผิวหนัง : ประเมินไม่ได้

ปฏิกิริยารีเฟล็กซ์ (Reflex) : ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีเลือดออกที่ปลายอวัยวะเพศ

ผลการตรวจพิเศษ

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography : EKG) วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 16.45 น.

พบ Atrial Fibrillation อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว

ผลตรวจภาพรังสีทรวงอก

- วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 พบ New infiltration both lung แสดงถึงผู้ป่วยมีการติดเชื้อทางเดินหายใจบริเวณปอดทั้งสองข้าง

- วันที่ 13 พฤษภาคม 2566 พบ No infiltration แสดงถึงผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ



การตรวจสมองด้วยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography Brain with contrast

วันที่	ผลตรวจ
3 พฤษภาคม 2566 :	-An ill-defined, hypodense lesion at the right corona radiata, possibly acute infarction Ddx focal white matter change; please clinically correlate -No intracranial hemorrhage -Small old infarction at the left external capsule and left inferior cerebellar region -Cortical left brain atrophy
การแปลผล	-เนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน บริเวณ right corona radiata อาการที่เกิด คือ ร่างกายด้านตรงข้ามกับสมองด้านที่อุดตันเกิดอัมพาต, การรับรู้สึกเสียไป และมีลานสายตาเสียลงครึ่งหนึ่ง ในระยะแรกของการอุดตัน ผู้ป่วยมักมีอาการซีมลง -ไม่พบเลือดออกในสมอง -เนื้อสมองขาดเลือดเก่าๆบริเวณleft external capsule and left inferior cerebellar region -สมองซีกซ้ายฝ่อ
4 พฤษภาคม 2566 : F/U post rt-PA	-Slightly more demarcation of a partially,hypodense lesion at right corona radiata,possibly chronological change of acute infarction -Old lacunar infarctions at the left putamen,left external capsule and left thalamus -Small old infarction at the left inferior cerebellar region -Cortical left brain atrophy
การแปลผล	-เนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน บริเวณ right corona radiata -ไม่พบเลือดออกในสมอง -เนื้อสมองขาดเลือดเก่าๆบริเวณleft inferior cerebellar region -สมองซีกซ้ายฝ่อ
วันที่	ผลตรวจ
10 พฤษภาคม 2566 : CT Brain non contrast	-hypodense lesion at the right corona radiata,Acute infarction is possible -well definite hypodense lesion at the left putamen,left external capsule and left thalamus ,possibly Old lacunar infarction -Mild brain atrophy -Old infarction at left cerebella hemisphere
การแปลผล	-เนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน บริเวณ right corona radiata -ไม่พบเลือดออกในสมอง -สมองซีกซ้ายฝ่อ

การตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography Angiography Brain)

วันที่	ผลตรวจ
3 พฤษภาคม 2566	-An ill-defined, hypodense lesion at the right corona radiata, possibly acute infarction Ddx focal white matter change; please clinically correlate -Small old infarction at the left external capsule and left inferior cerebellar region -Cortical left brain atrophy
การแปลผล	-เนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน บริเวณ right corona radiata -เนื้อสมองขาดเลือดเก่าๆบริเวณ left external capsule and left inferior cerebellar region -สมองซีกซ้ายฝ่อ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Coagulation

Lab test	ค่าปกติ	3พฤษภาคม 2566	6พฤษภาคม 2566	13พฤษภาคม 2566	แปลผล
PT	N 9.9-13.1 Seconds	11.80	11.70	17.90	สูงกว่าเกณฑ์ ในวันที่ 13พฤษภาคม 2566
INR	N 2-3.5 second	0.983	0.974	1.516	ปกติ
APTT	N24.3-33.50Second	32.10	30.60	-	ปกติ
APTT Ratio	-	1.074	1.023	-	-

วิเคราะห์ การตรวจ Coagulation ช่วงแรกผลCoagulation อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่ได้เกณฑ์ในการรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะ AF เมื่อเริ่มรักษาด้วย Warfarin ค่า PT /INR สูงขึ้น อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้(INR 1.5-3.5)

ตารางแสดงผล Complete Blood Count

การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด(Complete Blood Count : CBC) วันที่ 3 พฤษภาคม 2566

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ/เวลา	การแปลผล
WBC count	4.6 – 10.6 × 10 ³ /uL	6.02	ปกติ
RBC	4.7 – 6.2 × 10 ⁶ /uL	3.71	ต่ำกว่าเกณฑ์
HBG	13.0 – 16.7 g/dl	10.9	ต่ำกว่าเกณฑ์
Hct	40.5 – 50.8 %	30.8	ต่ำกว่าเกณฑ์
MCV	80 – 97.8 fL	83.1	ปกติ
MCH	25.2 – 32 pq	35.5	สูงกว่าเกณฑ์
MCHC	31.3 – 34 g/dL	14.5	ต่ำกว่าเกณฑ์
Plt	140 – 400 × 10 ³ /uL	152	ปกติ
Neutrophil	43.7 – 70.9 %	64.6	ปกติ
Lymphocyte	20.1 – 44.5 %	21.0	ปกติ

การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด(Complete Blood Count : CBC) วันที่ 6 พฤษภาคม 2566

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ/เวลา	การแปลผล
WBC count	4.6 – 10.6 × 10 ³ /uL	5.2	ปกติ
RBC	4.7 – 6.2 × 10 ⁶ /uL	3.40	ต่ำกว่าเกณฑ์
HBG	13.0 – 16.7 g/dl	9.8	ต่ำกว่าเกณฑ์
Hct	40.5 – 50.8 %	28.8	ต่ำกว่าเกณฑ์
MCV	80 – 97.8 fL	82.8	ปกติ
MCH	25.2 – 32 pq	34.9	สูงกว่าเกณฑ์
MCHC	31.3 – 34 g/dL	14.7	ต่ำกว่าเกณฑ์
Plt	140 – 400 × 10 ³ /uL	106	ต่ำกว่าเกณฑ์
Neutrophil	43.7 – 70.9 %	64.5	ปกติ
Lymphocyte	20.1 – 44.5 %	20.1	ปกติ

วิเคราะห์ การตรวจ Complete blood count พบว่าค่าระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ซึ่งเป็นโปรตีนในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง (Anemia) ซึ่งสอดคล้องไปกับผลความเข้มข้นของเลือด(Hematocrit) ที่ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย

Glucose/HbA1C

Lab test	ค่าปกติ	3 พฤษภาคม 2566	การแปลผล
Glucose	70 - 110 mg/dl	101	ปกติ
HbA1C	4.2-6.2%	5.4	ปกติ



วิเคราะห์ การตรวจ น้ำตาลในเลือดปกติ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

Lipid Profile

Lab test	ค่าปกติ	3พฤษภาคม 2566	การแปลผล
Cholesterol	140-200 mg/dL	98.3	ต่ำกว่าเกณฑ์
Triglyceride	35-200mg/dL	59.7	ปกติ
HDL-C	30-70 mg/dL	44.3	ปกติ
LDL-C	<130 mg/dL	42	ต่ำกว่าเกณฑ์

วิเคราะห์ การตรวจ Lipid profile อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Liver function test

Lab test	ค่าปกติ	3พฤษภาคม 2566	6พฤษภาคม 2566	การแปลผล
Total protein	6.6-8.3 g/dL	6.7	6.0	ต่ำกว่าเกณฑ์
Albumin	3.5-5.2 g/dL	3.7	3.0	ต่ำกว่าเกณฑ์
Globulin	2.5-3.5 g/dL	3.0	3.0	ปกติ
Total Bilirubin	0.3-1.2 mg/dL	0.5	0.9	ปกติ
Direct Bilirubin	0.0-0.2 mg/dL	0.2	0.2	ปกติ
SGOT(AST)	<50 U/L	29	21.3	ปกติ
SGPT(ALT)	<50	14	10.8	ปกติ
Alkaline Phosphatase	30-120	63	52.3	ปกติ

วิเคราะห์ การตรวจ Liver function test ผล Albumin ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย แสดงถึงภาวะขาดสารอาหารเล็กน้อย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Biochemistry

Lab test	ค่าปกติ	3พฤษภาคม 2566	13พฤษภาคม 2566	การแปลผล
BUN	7-20 mg/dl	32	19.8	สูงกว่าเกณฑ์ วันที่ 3พฤษภาคม 2566
Creatinine	0.6-1.3 mg/dl	1.61	1.22	สูงกว่าเกณฑ์ วันที่ 3พฤษภาคม 2566
eGFR	90 -120 eGFR	40.64	56.83	ต่ำกว่าเกณฑ์
Sodium	134 - 145 mmol/l	140	140.2	ปกติ
Potassium	3.5 - 5.0 mmol/l	5.0	3.43	ปกติ
Chloride	101-111 mmol/l	107	110	ปกติ
Carbondioxide	21-31 mmol/l	26.1	21.3	ปกติ



วิเคราะห์ การตรวจ Blood Biochemistry ผล BUN /Cr สูงกว่าเกณฑ์ปกติ แสดงถึงสมรรถภาพการทำงานของไตลดลง ทำให้เกิดของเสียคั่ง และค่า GFR ต่ำกว่าปกติ อัตราการกรองของไตเสื่อมสภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะไตเสียหน้าที่ ระดับ3 อาจเกิดจากภาวะขาดน้ำ

ผล Hemoculture (4 พฤษภาคม 2566)

-No growth after 24 hrs, 3day ,7day (ไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด)

ผล Sputum's stain (4 พฤษภาคม 2566)

Moderate Leukocyte

Few Epithelial cells

Few Gram Negative Bacilli

ผล Sputum culture (4 พฤษภาคม 2566)

-Microorganism found Klebsiella pneumoniae

(พบมีการติดเชื้อแบคทีเรีย Klebsiella pneumoniae ในระบบทางเดินหายใจ)

การวินิจฉัยของแพทย์ : Acute Cerebral Infarction Due To Atrial Fibrillation

: โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันเนื่องจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน

1. เสี่ยงต่อภาวะสมองขาดออกซิเจนจากภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวม จากความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)
4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะฟื้นฟู

6. มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและบกพร่องด้านการ เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน
7. มีโอกาสมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะสมองขาดออกซิเจนจากภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow Coma scale E3V3M2
2. CT Brain non contrast ผล Acute infarction at the right corona radiata วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 16.53 น.
3. แขนขาซ้าย กำล้าง-กล้ามเนื้อ ระดับ 0 แขนขาขวา กำล้างกล้ามเนื้อ ระดับ 4 ไม่ทำตามสั่ง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล -ระดับออกซิเจนในเลือด ไม่น้อยกว่า 94 %

-ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น ซีมลง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หายใจสั้น และถี่ เหงื่อออกมาก มือเท้าชา

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอให้อยู่ในแนวตรง ไม่บิดงอ สะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา
2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมงตาม สภาพและอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์และต้อง เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา
4. สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึง ภาวะร่างกายขาดออกซิเจน เช่น มีอาการเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นต้น

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัวดี ทำตามคำบอกได้ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจช่วง 16-20 ครั้ง/ นาที ไม่มี ภาวะ O₂ Sat 97-99 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวม จากความดันในกะโหลก ศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow Coma scale E3V3M2
2. พุดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก Motor power แขนขาซ้ายระดับ 0 แขนขาขวา กำล้างกล้ามเนื้อ ระดับ 4 ไม่ทำตามสั่ง
3. CT Brain non contrast ผล Acute infarction at the right corona radiata

วัตถุประสงค์ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง(IICP)

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) คือ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการชัก เกร็ง กระตุก Pupil ไม่เท่ากัน หรือ คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง
3. Glasgow Coma scale ดีขึ้น
4. Motor power ไม่ลดลงจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำนอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก การไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น
2. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 1-2 รายงานแพทย์ทราบ
3. ตรวจสอบเส้นแรงชีพจรทุก 4 ชั่วโมง หากพบสัญญาณชีพผิดปกติความดันโลหิต มากกว่า 220/120 mmHg รายงานแพทย์ทราบ
4. ตรวจสอบเส้นแรงชีพจรพร้อมออกซิเจนถ้าพบ O₂ Sat <94% หรือผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยอัตราการหายใจ มากกว่า 30 ครั้งต่อนาทีรายงานแพทย์ทราบ
5. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว รูม่านตาไม่เท่ากัน เกร็ง แขนขาอ่อนแรงลงจากเดิม และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติหากพบอาการดังกล่าว รายงานแพทย์ทราบทันที
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้ผู้ป่วยดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ดูแลให้ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบให้ผู้ป่วยพักผ่อน

การประเมินผล

สัญญาณชีพปกติ systolic BP 100-135 mmHg/diastolic BP 73-95 mmHg ระดับความรู้สึกตัว E4VtM6 รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาซ้ายระดับ 4 แขนขาขวากำลังกล้ามเนื้อระดับ 5 ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงอาเจียนพุ่ง หรือคลื่นไส้ ไม่มีอาการชักเกร็งกระตุก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา (rt-PA)

เกณฑ์การพยาบาล

1. ไม่มีภาวะเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา rt-PA
3. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกในสมอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวขณะได้รับยาทุก 15 นาที คุณ 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที คุณ 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมงจนถึง 24 ชั่วโมง
2. กิจกรรมหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง
 - งดให้ยา heparin/warfarin/antiplatelet
 - งดใส่ NG tube หลีกเลียงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาที หลังให้ยา
 - งดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) งดเจาะหลอดเลือดแดง
3. ให้อาหารครบเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา
4. ระวังและสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ เช่น มีจ้ำเลือดเพิ่มมากขึ้นที่รอยแทงน้ำเกลือหรือรอยเจาะเลือดพร้อมสังเกตสีของปัสสาวะ สีของอุจจาระหรืออาเจียนออกมา

5. ถ้ามีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที
6. เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา (rt-PA) ผู้ป่วยอาการอ่อนแรงดีขึ้น ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ(Motor power) แขนขาซ้ายระดับ 4 แขนขาขวากำลังกล้ามเนื้อระดับ 5 ไม่มีจุดเลือดออกตามร่างกาย ตรวจ NIHSS ได้ 3 คะแนน ไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF : On Warfarin

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมินผล

-ประเมินจากการสังเกตและตรวจร่างกาย ไม่มีจุดจ้ำเลือด หรือ เลือดออกตามร่างกาย ไม่มีอาการแสดงของ internal bleeding เช่น อาเจียนเป็นเลือด หรือ ถ่ายดำ เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ abnormal bleeding เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด ถ่ายดำ เป็นต้น
2. ดูแลให้การพยาบาลอย่างมีนัยผล งดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็น เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล
3. ดูแลเฝ้าระวังอุบัติเหตุ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มอย่างใกล้ชิด
4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด
5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรับประทานอาหารตามแผนการรักษา หลีกเลี่ยงอาหารที่มี โปแทสเซียมสูง เช่น ผักใบ-เขียว
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ coagulation อย่างใกล้ชิด การประเมินผลภาวะเลือดออกผิดปกติ

การประเมินผล

ไม่มีเลือดออกตามร่างกาย ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือดหรือถ่ายดำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24-28 ครั้งต่อนาที ไอเป็นพักๆ มีเสียงเสมหะในลำคอ เสมหะสีเหลืองขุ่น ไข้สูง อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส
3. ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation
4. ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ infiltration

เป้าหมายการพยาบาล ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และการติดเชื้อที่ปอดลดลง



เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื่นใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำกระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการหายใจลำบาก หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ
3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ / ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation
4. ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ หรือเสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียวไม่มีสี
5. ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติ ไม่มี infiltration

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อปมูวิพหนังมี ลักษณะการขีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันที่และรายงานแพทย์ทราบ เมื่อ พบความผิดปกติ
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก 4 ชั่วโมง ติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน
3. จัดทำให้อนุศิระสูง 30 องศา เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น
4. ฟังเสียงปอดเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการหดตัวของปอดที่ผิดปกติของหลอดลมและดูแลทำ กายภาพบำบัดทางเดินหายใจ (chest physical therapy) เช่น เริ่มตั้งแต่จัดท่าเพื่อระบายเสมหะโดยการ ดูแลให้อนุศิระสูง (postural drainage) การเคาะปอด (percussion)
5. ในกรณีผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดย เริ่มตั้งแต่จัดทำ นอนให้อนุศิระสูง 30 องศา ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจอย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง เติมนลมใน cuff pressure ให้ได้ความดัน 30 เซนติเมตรน้ำ ทุก 8 ชั่วโมงดูดเสมหะในช่องปากและเปลี่ยน สายดูดเสมหะใหม่ เพื่อดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ทำความสะอาดปลายเปิดท่อช่วยหายใจและปลายข้อ ต่อท่อช่วยหายใจด้วย สำลีชุบ 70 % alcohol และเปลี่ยนสำลีทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนตำแหน่งที่ทำความสะอาด ทำความสะอาดช่องปาก ฟัน อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมงเผื่อระวังไม่ให้ น้ำที่ ตกค้างใน ventilator circuit ไหลเข้าทางผู้ป่วย
6. ดูแลเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง
7. ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
8. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ
9. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือ หายใจลำบาก

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการหายใจเหนื่อยหอบทุเลา อัตราการหายใจอยู่ที่ 16-20 ครั้ง/นาที มีการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ปอดไม่มีเสียง crepitation เสมหะสีขาวขุ่นจำนวนเล็กน้อย ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติ ไม่มี infiltration

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะฟื้นฟู

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและบกพร่องด้านการ เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน กำลังกล้ามเนื้อแขนขาซ้ายระดับ 4 แขนขาขวาระดับ 5 พูดไม่ชัด ไม่มีมุมปากตก

วัตถุประสงค์ ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น คะแนน Barthel Index ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอน/สาธิต ให้คำแนะนำญาติในการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตนเอง การดูแล Hygiene care ลดการหมักหมมของเชื้อโรค
2. ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองมากที่สุด
3. สอนและแนะนำเกี่ยวกับการทำกายภาพที่บ้าน โดยประสานงานกับนักกายภาพบำบัด เพื่อสอนผู้ป่วยและญาติ(home program)
4. กระตุ้นผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้ได้มากที่สุด และกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ อย่างเหมาะสม
6. ประเมินความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ก่อนกลับบ้าน การประเมินผล สอนญาติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ญาติสามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นใน การทำกิจวัตรประจำวัน ในความร่วมมือดี และปฏิบัติได้

การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น กำลังกล้ามเนื้อแขนขา 2ข้าง ช้ำยระดับ 5 พุดไม่ชัด ไม่มีมุมปากตก Barthel Index 19 คะแนน (เดิม 0 คะแนน)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. เพศชายอายุ 77 ปี
 2. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial Fibrillation เคยปฏิบัติ Warfarin /ประวัติความดันโลหิตสูง
 3. ประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 20ปี หยุดสูบบุหรี่มา 10ปี
- วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปรับตัวได้ถูกต้องและสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบได้
2. สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้เมื่อกลับบ้าน
4. ผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยา แนะนำควรรับประทานยาตามแผนตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องและห้ามหยุดยาเองหรือเพิ่มขนาดยาเอง
2. อธิบายให้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการกิจกรรมที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ เช่นการจัดการความเครียดการรับยาต่อเนื่องการทำกิจวัตรที่เหมาะสม
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เช่น ซึมลงปวดศีรษะมากขึ้น ไข้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมาก มีความผิดปกติของสายตากระสับกระส่ายพูดลำบากหรือพูดไม่เข้าใจควบคุมการทรงตัวไม่ได้ เป็นต้น
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัดการรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
5. สาธิตและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นแก่ญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้านและเปิดโอกาสให้ญาติซักถามและทำความเข้าใจที่ถูกต้อง

6. เน้นให้ญาติเห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามคำแนะนำและการมาตรวจตามนัดรวมถึงการลดและหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่นอาหารหวานอาหารประเภทไขมันและอาหารเค็ม เป็นต้น

การประเมินผล

พยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยและญาติมีความรู้มากขึ้นสนใจและรับฟังคำแนะนำและพยายามฝึกปฏิบัติทักษะที่จะดูแลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และตอบคำถามได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลซักถามถึงระยะเวลาที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
- 2.ผู้ป่วยรู้ญาติซักถามถึงอาการของผู้ป่วยเช่นอาการจะดีขึ้นเมื่อไหร่จะเดินได้เป็นปกติหรือไม่ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและขณะที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและสามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยและญาติหน้าตาแจ่มใสคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติไม่ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยบ่อยๆ
3. ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความเข้าใจของญาติและผู้ป่วยเรื่องโรคที่เป็นอยู่และการดำเนินของโรครวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ
2. ประเมินผู้ป่วยด้านข้อมูลส่วนบุคคลเช่นความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวเศรษฐกิจสัทธิการรักษาสภาพสุขภาพความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. ประเมินความพร้อมของญาติและผู้ป่วยในการในการดูแลผู้ป่วย
4. ให้ความสนใจและพูดคุยกับผู้ป่วยระยะด้วยความเป็นกันเองเพื่อประเมินและประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและญาติ
5. นัดให้ญาติมีโอกาสได้คุยกับแพทย์ผู้รักษาโดยตรง
6. ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบว่า มีวัตถุประสงค์อย่างไรและเกิดผลดีผลเสียอย่างไรกับผู้ป่วยพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
7. ให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรคปัจจัยเสี่ยงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพื่อลดความวิตกกังวลรวมถึงวิธีการรับประทานยาผลข้างเคียงของยาอาการแพ้ยาพร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง
8. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติเช่นแขนขาอ่อนแรงพูดไม่ชัดพูดไม่ได้กินลำบากเวียนศีรษะ



เดินเซปวดศีรษะรุนแรงเป็นต้นถ้ามีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์ทันที

9. ประสานงานกับส่งเสริมสุขภาพเพื่อวางแผนจำหน่ายและประสานแหล่งประโยชน์ใกล้บ้านพร้อมทั้งให้คำแนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้านโรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษาที่ต้องการขอความช่วยเหลือกรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน

10. แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

11. แนะนำญาติจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเกิดความคล่องตัวในการเก็บอุปกรณ์และของใช้ตามศักยภาพแนะนำ

12. ให้คำแนะนำผู้ป่วยรู้ญาติป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม ปอดอักเสบจากการสำลัก หรือการมีแผลกดทับ เป็นต้น

13. สนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและญาติโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้อธิบายระบายสิ่งที่ยังวิตกกังวล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้ญาติหน้าตาแจ่มใสให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลไม่ซักถามถึงอาการเจ็บป่วยบ่อยๆ

2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเองดีขึ้น

3. ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยพยาบาลได้ให้คำแนะนำสอนและฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างดีและถูกต้อง

การนำไปใช้ประโยชน์

นำไปใช้เป็นคู่มือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิว สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ผลสำเร็จของงาน (เชิงคุณภาพ/เชิงปริมาณ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 18.29 น. วันที่จำหน่ายจากการดูแล วันที่ 13 พฤษภาคม 2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 11 วัน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท ที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินรายนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเกิดความปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) มีการวางแผนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งขณะที่นอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ต้องประสานระบบการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน ผ่านระบบ Thai COC ให้พยาบาลชุมชนเข้าเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามสมรรถภาพของตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนเดิม



เอกสารอ้างอิง

- ขวัญฤทัย พันธู. (2564). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์เพ็ญ เนียมวัน ,เดือนแรม เรื่องแสน และวราทิพย์ แก่นการ. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,38(1),6-14.
- จันทร์ทิวา เจียรณัย, อาทินุช เบญจรักษ์, กนกนาถ กิ่งสันเทียะ, และสุรางคณา พรหมมาศ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ:ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล,28(1),8-9
- ดารณี เจริญรื่นและนงคณัฐ แนะแก้ว.(2562) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF) ระยะเฉียบพลันทางยา.มหาวิทยาลัยมหิดล
- มนันชยา กองเมืองปักและคณะ.(2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร.ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.(n.d.)การศึกษาประสิทธิผลของการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานบนความรู้เชิงประจักษ์ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่. https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2556/nuad41256rc_ch2.pdf
- ทีมนักกายภาพบำบัดเฉพาะทาง.(2562).เป็นความดันโลหิตสูง ทำไมต้องเป็น Stroke.[http://: www.rebrain-physio.com](http://www.rebrain-physio.com)
- ศิริวรรณ วงศ์ประกรณ์กุล. (2563). การแปลผลการตรวจก๊าซในเลือดแดงอย่างง่าย, 23(3), 113-118. <https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/download/11212/9737>
- สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.(2559). กรุงเทพมหานคร. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562).แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562.ทริค อินค์.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย (Thai Stroke Society (TSS)).(2567) .สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. <https://thaistrokesociety.org/purpose/สถานการณ์โรคหลอดเลือด>.