รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์

วิภา แก้วโกวิท พย.บ
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลคลองใหญ่
E-mail : wiphawit@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยสูงอายุวัย 68 ปี มีประวัติ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Basilar artery occlusion with pontine and cerebellar infarction) และอัมพาตโดยสมบูรณ์ (Locked-in-syndrome) โดยเนื้อสมองมีความเสียหาย เป็นวงกว้างทั้งสมองส่วน Pons และ cerebellar ไม่สามารถทำผ่าตัดได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด แบบประคับประคอง นอนพักรักษาเป็นเวลา 49 วัน และส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน แรกรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง แขนขาทั้งสองข้างอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ Glasgow Coma Scale (GCS) เท่ากับ 5T (E4VTM1) ADL เท่ากับ 0 คะแนน ใส่ Tracheostomy tube ชนิด Jackson tube และ on collar mask 8 ลิตรต่อนาที ใส่สายยางให้อาหาร คาสายสวนปัสสาวะ มียารับประทานต่อเนื่อง ได้แก่ Omeprazole (20มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าวันละครั้ง Acetylcysteine (200 มิลลิกรัม) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นทุกวัน Warfarin (3 มิลลิกรัม) ครึ่งเม็ด ก่อนนอนวันละครั้ง Metformin (500 มิลลิกรัม) หลังอาหารเช้า เย็นทุกวัน Rosuvastatin (10 มิลลิกรัม) 2 เม็ดก่อนนอน วันละครั้ง Paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ด เวลามีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง ระหว่างอยู่ในความดูแลต่อเนื่อง มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำ ต้องประมินอาการทางระบบประสาท และให้ยา Warfarin และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin เจาะเลือดติดตามค่า Prothrombin Time (PT) ผล 21.4 secs และ International Normalized Ratio (INR) ผล 1.92 รายงานแพทย์ทราบ ให้ปรับยา warfarin จากเดิม 10.5 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ เพิ่มเป็น 11 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ ไม่พบอาการทางของหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin ผู้ป่วยเจาะใส่ท่อช่วยหายใจที่คอและให้ออกซิเจน มีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน โดยการเคาะปอดและดูดเสมหะให้โล่ง ประเมินการหายใจจนปกติ สามารถถอดออกซิเจนออกได้ ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะพบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำครบ 7 วัน ให้น้ำเพิ่มระหว่างมื้ออาหาร ประเมินการติดเชื้อ ไม่พบภาวะไข้ ปัสสาวะไม่มีลักษณะขุ่น มีตะกอน เลือด หรือกลิ่นฉุน มีแผลกดทับที่ก้นกบ ทำแผลทุกวัน ทำความสะอาดร่างกาย สอนญาติพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง แผลแดงดีไม่มีมีการติดเชื้อลุกลามและตรวจไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้นในบริเวณร่างกายส่วนอื่นๆ ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ อาจเกิดภาวะข้อติดและกล้ามเนื้อลีบได้ ประสานทีมกายภาพบำบัด มาทำกายภาพบำบัด สอน สาธิต ญาติผู้ดูแลในการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกายแบบ passive exercise และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง พูดไม่ได้ สื่อสารได้โดยการพยักหน้า แขนขายังอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมินพบว่าญาติมีความวิตกกังวลใจในการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย พยาบาลได้ให้ความรู้ ทบทวนและฝึกสอนทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ไขมันสูง การทำความสะอาดร่างกาย การเคาะปอด การทำแผลเจาะคอ การให้อาหารและยาทางสายยาง การทำ

แผลกดทับและพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การแยกขยะติดเชื้อ พูดคุยลดความกังวลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เสริมพลังให้เกิดความมั่นใจ แนะนำการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ด้วยการสังเกตสีหน้า การกระพริบตา กลอกตา สื่อความหมายที่ผู้ป่วยพยายามสื่อสารกับผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สัญญาณชีพปกติ หายใจไม่หอบเหนื่อย มีเสมหะขาวเล็กน้อย GCS เท่ากับ 5T (E4VTM1) ADL เท่ากับ 0 คะแนน รับอาหารทางสายยางได้หมด ไม่พบปอดอักเสบจากการคาท่อเจาะคอหรือการสำลัก แผลกดทับที่ก้นกบระดับ 2 เนื้อแผลแดงและแคบลงมีแนวโน้มสู่การหายของแผล ปัสสาวะสีเหลือง มีตะกอนเล็กน้อย ประสานติดตามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่เรื่องการจัดเตรียมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยพักหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องด้วยความมั่นใจ ให้กำลังใจและชื่นชมญาติ มีผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2 คน ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยทักษะที่ถูกต้อง คล่องแคล่วและมั่นใจ พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน จำหน่ายอาการดีขึ้น นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 19 กันยายน 2565 รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลและระยะที่อยู่ในการดูแล 17 วัน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการจนอาจเกิดภาวะติดเตียงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง สถานการณ์ของประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อประชากรแสนคนในปี 2564-2566 เท่ากับ 330.22, 330.72 และ 349.12 ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) สถานการณ์จังหวัดตราด พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในปี 2564-2566 เท่ากับ 307.89, 279.87 และ 279.36 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2566) สำหรับโรงพยาบาลคลองใหญ่ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงในโรงพยาบาลระยะ Intermediate care ปี 2564-2566 เท่ากับ 10, 10 และ 16 คน ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พึ่งพาตนเองให้เร็วขึ้นและมากที่สุด โดยมีบุคคลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ต้องดูแลเกือบตลอดเวลาหรือตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ แต่เป็นคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดที่ต้องทำหัตถการต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกวัน หากปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักการ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Aspiration pneumonia, Urinary tract infection และ Pressure sore โดยสถิติโรงพยาบาลคลองใหญ่ ปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Aspiration pneumonia ร้อยละ 11.11, 20.00 และ 18.00 ตามลำดับ Urinary tract infection ร้อยละ 22.22, 20.00 และ 21.00 ตามลำดับ และ Pressure sore ร้อยละ 33.33, 20.00 และ 18.00 ตามลำดับ (โรงพยาบาลคลองใหญ่, 2566) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ทักษะ ให้คำปรึกษาและเสริมพลังแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถฝึกสอนให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องหัตถการที่ต้องทำทุกวัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงจัดทำกรณีศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ ซึ่งเน้นการพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะติดเตียง มากกว่าการฟื้นฟูให้กลับมาใกล้เคียงกับสภาวะก่อนเจ็บป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2567)

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย เกิดอาการต่างๆขึ้น ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ ดังนี้คือ

1) โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า ร้อยละ80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่มักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตาม

ผนังหลอดเลือดทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็งโรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้ และโรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

2) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณ ร้อยละ 20 สามารถแบ่งได้อีก 2 ชนิดย่อย ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ

1) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ : ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีเนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น เพศ : เพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง และประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุยังน้อย

2) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ และอาหาร ล้วนมีส่วนทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก การป้องกันคือการมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ (รุ่งนิภา จ่างทอง, 2564)

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ 1) อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมากมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้าย เป็นต้น 2) อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง 3) มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด 4) มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน 5) การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ15 (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2562)

พยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงเบสิลาร์ (Basilar artery) เป็นหนึ่งในหลอดเลือดแดงที่นำเลือดขึ้นไปเลี้ยงสมองโดยทอดตัวอยู่บริเวณฐานของสมอง เป็นหลอดเลือดหนึ่งใน Vertibral basilar system พาดผ่านแนวกลางของก้านสมองด้านหน้า เกิดจากการรวมกันของหลอดเลือดแดง Vertibral ด้านซ้ายและด้านขวาส่งผ่านไปยังแขนงหลอดเลือดแดง Pons หลอดเลือดแดงสมองน้อยด้านล่างส่วนหน้า (Anterior inferior cerebellar artery) และหลอดเลือดแดงสมองน้อยส่วนบนสิ้นสุดเป็นหลอดเลือดแดงสมองใหญ่ด้านหลังเลี้ยง Pons แนวด้านบนและด้านล่างสมองน้อย ดังนั้นหากผู้ป่วยเกิดการแตก ตีบ ตัน อย่างฉับพลันที่หลอดเลือด Basilar artery หรือที่เรียกว่าโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายถึงขั้นหมดสติจนนำไปสู่ภาวะร่างกายอัมพาตโดยสมบูรณ์ หรือกลุ่มอาการ Locked-

in-syndrome เป็นหนึ่งอาการที่น่ากลัวและนำไปสู่ความพิการและรุนแรงที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564)

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้ 1) การซักประวัติและตรวจร่างกาย ซักประวัติอาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือดต่างๆ 3) การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography Scan; CT Scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่ 4) การถ่ายภาพด้วยคลื่นสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging; MRI) เพื่อค้นหาการอุดตันของหลอดเลือด

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้โดยความรวดเร็วในการรักษาถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง จะมีการใช้ยาทางหลอดเลือดดำที่เรียกว่า tissue plasminogen activator (TPA) เพื่อสลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดแดง ซึ่งจะทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น ยิ่งได้รับเร็วประสิทธิภาพในการรักษาก็จะยิ่งดีขึ้น โรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ยาที่มักใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาแอสไพริน ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน 4.5 ชั่วโมง และให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะยาว ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ยา Warfarin โดยการศึกษาค่าไอเอ็นอาร์ (International Normalized Ratio; INR) พบว่าระดับ INR ที่เหมาะสมที่มีค่า incidence density ของการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน และมีภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกผิดปกติน้อยที่สุด คือ 2.00-2.99 (ระวิวรรณ แก้วกัลยา, 2559)

อาการอัมพาตโดยสมบูรณ์ หรือ Locked-in-syndrome (LIS) เป็นภาวะที่สมองส่วนท้ายที่เรียกว่า Pons ซึ่งเป็นสมองส่วนสำคัญที่อยู่บริเวณก้านสมอง (Brain stem) เกิดความผิดปกติ ตีบหรือแตกทำให้เกิดความพิการถาวรอย่างรุนแรง ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองตีบจนเกิดการตายของเนื้อก้านสมองจะมีอาการแขนขาเป็นอัมพาตถาวรทั้งสองข้าง ไม่สามารถขยับแขนขาได้อีก รวมถึงไม่สามารถพูดคุยหรือแสดงการสื่อสารทางสีหน้าได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีตลอดเวลาและหายใจได้เอง แต่จะเคลื่อนไหวได้เพียงการกลอกตาเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าเท่านั้น เหมือนคนถูกใส่กุญแจล็อก (Lock) ไว้ไม่ให้เคลื่อนไหวไปไหนคล้ายผู้ป่วยโคม่าแต่ไม่ใช่เพราะผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ดังนั้นเมื่อเกิดรอยโรคบริเวณสมองส่วนนี้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางสมองที่รุนแรง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการ Locked-in-syndrome คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ดี ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยใช้ยาขับปัสสาวะและมีระดับโซเดียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง และผู้ป่วยขาดสารอาหารที่มีระดับAlbumin ในเลือดต่ำ โดยจะพิจารณาจากลักษณะอาการอัมพาตทั้งตัวแต่สามารถหลับตา ลืมตาและกลอกตาไปมาได้ในขณะที่มีระดับความรู้สึกตัวดีร่วมกับการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ภาพสมอง

หลักการรักษากลุ่มอาการ Locked-in-syndrome ประกอบด้วย

1. การรักษา แก้ไขสาเหตุ เช่น กรณีที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ก็ต้องรักษาควบคุมโรคดังกล่าว รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้ โดยความรวดเร็วในการรักษาถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการ

รักษาภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง จะมีการใช้ยาทางหลอดเลือดดำที่เรียกว่า tissue plasminogen activator (TPA) เพื่อสลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดแดง ซึ่งจะทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น

2. การรักษาตามอาการ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เลย ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถรับประทานทานอาหารได้เองและลุกขึ้นขับถ่ายได้ดังนั้น การรักษาต้องให้การช่วยเหลือในทุกๆกิจกรรมของการดำรงชีวิต และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ก็ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วย

3. การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักอาหาร แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น

4. ฝึกการสื่อสารระหว่างกัน ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงระดับไหน เช่น สามารถหายใจได้เองหรือไม่ และญาติมีความพร้อมในการดูแลที่บ้านหรือไม่กรณีที่สามารถหายใจได้เองไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจก็สามารถกลับมารักษาที่บ้านได้เพียงแต่ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมทั้งความรู้ในการดูแล สถานที่ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยซึ่งแพทย์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ

การพยากรณ์โรค Stroke with Locked-in-syndrome เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้เพราะสมองส่วน Pons ที่เสียหายมีโอกาสฟื้นตัวได้ยากมาก โดยส่วนใหญ่แล้วอาการมักจะไม่ตอบสนองต่อการรักษา การรักษามีวัตถุประสงค์หลักเพียงป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำที่จะทำให้อาการรุนแรงขึ้นจนถึงเสียชีวิต ร่วมกับการฟื้นฟูสุขภาพ (เช่นการทำกายภาพบำบัด) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้น การรักษาที่ดีที่สุดในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564)

ผลกระทบของโรคเลือดสมอง ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานด้านต่างๆของร่างกาย ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ การรับความรู้สึก การมองเห็น ภาษา ความจำ และอารมณ์

1. ผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว การนั่ง การยืน หรือการเดิน แม้ว่ากล้ามเนื้อยังมีความแข็งแรง แต่อาจไม่สามารถทรงตัวในท่าทางดังกล่าวได้ดังเดิม

2. ผลกระทบต่อการรับความรู้สึก มักมีอาการชาหรือปวดตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหารและการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

3. ผลกระทบต่อการมองเห็น อาจเกิดอาการตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดหรืออาจเห็นภาพซ้อน

4. ผลกระทบด้านภาษา ผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเรียนรู้ บางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ไม่สามารถพูดและเข้าใจภาษาทั้งการพูดและการเขียนได้ บางรายสามารถพูดได้แต่พูดในสิ่งที่ต้องการจะพูดไม่ได้ หรือมีปัญหาด้านการเปล่งเสียง

5. ผลกระทบด้านความจำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจจดจำสิ่งต่างๆได้น้อยลง

6. ผลกระทบด้านอารมณ์ ผู้ป่วยอาจมีอารมณ์แปรปรวน เช่น เดี๋ยวหัวเราะเดี๋ยวร้องไห้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอาจเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวังไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ตลอดจนอาจเกิดพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ อาการบกพร่องหรือพิการในส่วนต่างๆของร่างกาย อาจฟื้นฟูให้กลับมาในสภาพเดิมได้ยาก และส่งผลให้ผู้ป่วย 2 ใน 3 เกิดอาการบกพร่องหรือความพิการอย่างถาวร

การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียงมักมีความพิการหรือภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ภาวะติดเตียงอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยสำลัก มีการคั่งค้างของเสมหะเนื่องจากไม่สามารถไอออกได้เอง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และข้อติดแข็ง (รุ่งนิภา จ่างทอง, 2564) จากการศึกษาถึงภาระการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ลักษณะของผู้ดูแลครึ่งหนึ่งเป็นบุตรและอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้ดูแลที่จ้างมาดูแล การดูแลโดยเฉลี่ย 11 ชั่วโมง 30 นาทีต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 30 ปี ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสมองต้องรับภาระการดูแลมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการด้านร่างกาย ทำให้พยาบาลต้องมีความตระหนักในการค้นหาปัญหาของทั้งร่างกายผู้ป่วยและจิตใจของผู้ดูแล (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2547 อ้างใน ปรารัยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์, 2561) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้หรือขาดประสบการณ์ในการดูแล ผู้ดูแลมักจะเกิดความวิตกกังวลว่าจะดูแลหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไรจึงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัย และมีความเหมาะสมมากที่สุด อันส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดสะสมซึ่งอาจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาทางจิตใจได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้และทักษะที่สำคัญตามหัตถการจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ศรีสกุล เฉียบแหลม และคณะ, 2563)

1. การทำความสะอาดบาดแผล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักปรากฏแผลกดทับบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น บริเวณก้นกบ สะโพก ตาตุ่ม เนื่องจากโลหิตบริเวณนั้นไหลเวียนไม่ดี หรือขาดเลือด รวมถึงผิวหนังเปียกชื้นจากน้ำปัสสาวะ อุจจาระ เหงื่อ และมีการเสียดสีบ่อยๆ จะทำให้เกิดแผลบริเวณผิวหนัง ซึ่งในระยะแรกอาจมีแค่อาการลอกที่ผิวอย่างเดียว หากปล่อยไว้อาจลอกไปถึงชั้นกล้ามเนื้อและกระดูกกลายเป็นแผลกดทับที่มีขนาดใหญ่ได้ ดังนั้น ผู้ดูแลต้องดูแลผิวหนังให้สะอาดก่อนการเกิดแผลกดทับ โดยเช็ดทำความสะอาดผิวหนังและทาโลชั่น ในกรณีที่ผิวแห้งเพื่อให้ผิวมีความชุ่มชื้น มีการนวดคลึงกล้ามเนื้อบริเวณหลัง ก้นกบ แขนและขาเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตร่วมด้วย รวมถึงการจัดหาที่นอนกระจายแรงกดแบบที่นอนเจล หรือที่นอนลมรวมถึงการทำให้ผ้าปูที่นอนสะอาด เรียบตึง สำหรับการทำความสะอาดบาดแผล ผู้ดูแลควรปฏิบัติ ดังนี้

1.1 เตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะอาดบาดแผลให้พร้อม ได้แก่ ชุดทำแผล สำลี ผ้าก๊อซ น้ำเกลือที่สะอาดปราศจากเชื้อ ถุงมือสะอาด ถุงขยะ พลาสเตอร์ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ตามความเหมาะสม

1.2 ล้างมือให้สะอาด ใส่หน้ากากอนามัย จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมก่อนเปิดชุดทำแผล

1.3 เปิดชุดทำแผลตามที่พยาบาลแนะนำ ทำแผลโดยใช้ปากคีบสำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดแผลอย่างเบามือ โดยเช็ดจากด้านในแผลออกด้านนอกแผล ทิ้งสำลี ถุงมือ ลงในถุงขยะติดเชื้อ ปิดผ้าก๊อซที่สะอาดปราศจากเชื้อให้คลุมปากแผลและปิดพลาสเตอร์

2. การให้อาหารและยาทางสายยาง ก่อนและหลังการรับประทานอาหารควรทำความสะอาดช่องปาก เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรียในช่องปาก การให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรปฏิบัติ ดังนี้

2.1 จัดเตรียมอุปกรณ์ กระบอกให้อาหาร (Syringe) ที่ผ่านการล้างและนำไปต้มในน้ำเดือด 15 นาที เพื่อฆ่าเชื้อโรค อาหาร น้ำ และยาให้พร้อม

2.2 จัดท่าผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30-90 องศาก่อนให้อาหาร

2.3 ตรวจสอบว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารระดับที่ปกติหรือไม่ ด้วยการดูขีดที่รูจมูกในตำแหน่งเดิมใช้กระบอกให้อาหาร ดูดดูอาหารว่ามีเหลือในกระเพาะอาหารหรือไม่ หากเหลือเกินครึ่งหนึ่งของอาหารในมื้อที่ผ่านมา แสดงว่าอาหารไม่ย่อย ควรแจ้งพยาบาลก่อนการให้อาหาร

2.4 ให้อาหาร ยา และน้ำตามแผนการรักษาจนครบตามจำนวน ให้ผู้ป่วยนั่งท่าเดิม 1-2 ชั่วโมง ให้อาหารย่อยดี จึงปรับหัวเตียงลง ทั้งนี้ ควรให้น้ำระหว่างมื้อ 30-50 มิลลิลิตร ทุก 2 ชั่วโมง (กรณีไม่มีข้อห้าม) เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

3. การดูแลเรื่องการขับถ่าย การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะของผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วย

อาจจะขับถ่ายโดยไม่รู้สึกตัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะในร่างกาย ผู้ดูแลควรรักษาความสะอาดอย่างดี โดย

3.1 ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด คือ ตั้งแต่ข้อต่อสายสวนปัสสาวะและสายต่อกับถุงรองรับปัสสาวะ ต้องให้ปิดอยู่ตลอดเวลา ระมัดระวังไม่ให้ข้อต่อหลุดหรือเปิดออก เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะ หากข้อต่อหลุด ให้ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดปลายข้อต่อที่สายสวนปัสสาวะและที่ปลายสายข้อต่อกับถุงรองรับปัสสาวะ แล้วจึงต่อสายสวนปัสสาวะเข้ากับถุงรองรับน้ำปัสสาวะไว้เหมือนเดิม

3.2 ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะที่คาอยู่ โดยใช้น้ำสะอาดล้างสายสวนปัสสาวะ หลังจากนั้นฟอกสายสวนปัสสาวะด้วยสบู่ แล้วจึงล้างออกด้วยน้ำสะอาดอีกครั้งให้สะอาดพร้อมซับสายสวนปัสสาวะและผิวหนังที่เปียกน้ำให้แห้ง เพื่อลดจำนวนเชื้อโรค

3.3 ควรเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะเมื่อพบว่า มีน้ำปัสสาวะประมาณ ¾ ของถุงรองรับปัสสาวะหรือทุก 6-8 ชั่วโมง การเทปัสสาวะออกต้องไม่สัมผัสบริเวณปลายรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะและใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดบริเวณรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะ ก่อนและหลังเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงแล้วจึงปิดรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะให้แน่น ทั้งนี้ในช่วงเวลาก่อนนอนตอนกลางคืน ควรเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะให้หมดก่อน จะได้ไม่ต้องกังวลว่าปัสสาวะจะเต็มถุง นอกจากนี้ที่สำคัญอีกประการคือ การจัดท่านอนเพื่อระมัดระวังการนอนทับสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการกดทับสายสวนปัสสาวะจนเกิดการคั่งค้างปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ ที่จะเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

3.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและผิวหนังรอบๆที่สอดสายสวนปัสสาวะ ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน และทุกครั้งหลังการขับถ่ายอุจจาระเพื่อช่วยลดจานวนเชื้อโรค และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายหลังจากการขับถ่าย

3.5 ควรเปลี่ยนถุงปัสสาวะ เมื่อพบว่าถุงปัสสาวะรั่วหรือขาด (สังเกตได้จากมีน้ำปัสสาวะรั่วซึมถุงเปียกตลอดเวลา) และโดยทั่วไปควรต้องเปลี่ยนถุงปัสสาวะทุก 1 เดือน หรือเปลี่ยนถุงปัสสาวะเร็วกว่านี้เมื่อเห็นว่าสกปรก หรือมีตะกอนจับในถุงปัสสาวะหรือถุงปัสสาวะมีกลิ่นแรง

3.6 หลีกเลี่ยงการยกถุงรองรับปัสสาวะไว้สูงเหนือระดับเอว

3.7 พยาบาลจะเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 2-4 สัปดาห์

4. การจัดท่านอนที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยติดเตียง การนอนในท่าเดียวนานๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายการพลิกตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้โลหิตบริเวณที่ถูกกดทับไหลเวียนดี และป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิธีการจัดท่าแบบต่าง ๆ มีดังนี้

4.1 ท่านอนหงาย จัดให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนไม่แข็งและสูงพอเหมาะวางรองรับส่วนศีรษะและไหล่ศีรษะสูงประมาณ 15 องศา ลดอาการหายใจไม่สะดวก ใช้หมอนเล็กๆ วางใต้ข้อเท้าและใต้เข่าเหนือข้อพับป้องกันแผลกดทับส้นเท้า และแรงกดทับหลอดเลือดที่ข้อพับเข่า

4.2 ท่านอนตะแคงขวา/ซ้าย การนอนตะแคงจะช่วยลดการกดทับบริเวณส่วนหลังของร่างกายบริเวณศีรษะ สะบัก ก้นกบ และส้นเท้า ปฏิบัติดังนี้ 1) จัดแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วยให้อยู่ในท่างอเล็กน้อยและอยู่ด้านหน้าของลำตัว 2) สอดหมอนหนุนที่ไหล่และแขนด้านบนของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อไหล่เพื่อป้องกันไหล่หุบเข้าหรือหมุนเข้าด้านในและยังช่วยให้หายใจสะดวก ปอดขยายได้ตามปกติ 3) สอดหมอนหนุนขาผู้ป่วยข้างที่อยู่ด้านบนให้อยู่ระดับเดียวกับข้อสะโพก เพื่อป้องกันต้นขาหุบเข้าและหมุนเข้าด้านใน 4) วางหมอนหรือผ้าม้วนกลมหนุนไว้ที่ด้านหลังผู้ป่วย เพื่อป้องกันผู้ป่วยพลิกหงายมาด้านหลังและเพื่อความสุขสบาย

5. การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ การฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือ

ตัวเองได้นั้นจะต้องทำกายภาพบำบัดแบบที่ผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้ (Passive exercise) เพื่อช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ไม่ให้ติดจนเคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งผู้ดูแลต้องทำอย่างช้าๆ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 15 องศา แล้วปฏิบัติดังนี้

5.1 ให้ผู้ป่วยนอนหงายแขนแนบลำตัวจากนั้นยกแขนผู้ป่วยขึ้นเหนือศีรษะ โดยมีมืออีกข้างที่ไม่ได้ใช้ยก จับประคองบริเวณข้อศอกของผู้ป่วยไว้แล้วค่อยๆ วางแขนลงที่เดิม

5.2 กางแขนผู้ป่วยออกทางด้านข้าง โดยมีมืออีกข้างที่ไม่ได้ใช้ยก จับประคองบริเวณข้อศอกของผู้ป่วยไว้ แล้วค่อยๆ ยกแขนขึ้นไปจนแนบกับใบหู จากนั้นหุบแขนลงแนบข้างลำตัว

5.3 ท่านี้ให้ผู้ดูแลใช้มือข้างหนึ่งตั้งแขนผู้ป่วยขึ้นและงอศอก จากนั้นให้ใช้มืออีกข้างหมุนแขนผู้ป่วยขึ้นและลง

5.4 ให้ผู้ป่วยนอนหงายแขนแนบกับลำตัวค่อยๆงอศอกผู้ป่วยให้ถึงไหล่ แล้วค่อยๆเหยียดออกจนสุด

5.5 ผู้ดูแลใช้มือข้างข้างหนึ่งตั้งศอกผู้ป่วยขึ้น จากนั้นใช้มืออีกข้างบิดหมุนข้อมือผู้ป่วยให้คว่ำและหงาย

5.6 ตั้งศอกผู้ป่วยขึ้น จากนั้นกระดกข้อมือผู้ป่วยพร้อมกับแบมือ และกระดกข้อมือลงพร้อมกับกำมือ

5.7 เริ่มบริหารบริเวณขา โดยให้ผู้ดูแลจับบริเวณหัวเข่าและข้อเท้าของผู้ป่วย แล้วค่อยๆงอเข่าขึ้นจนสุดแล้วเอาลงมาท่าเดิม

5.8 ผู้ดูแลจับบริเวณหัวเข่าและข้อเท้าของผู้ป่วยแล้วค่อยๆกางขาผู้ป่วยออกทางด้านข้างแล้วกลับมาชิดใหม่เหมือนท่าเริ่มต้น

5.9 ให้ผู้ดูแลจับบริเวณหัวเข่าและข้อเท้าของผู้ป่วยเหมือนเดิม จากนั้นงอเข่าขึ้นประมาณ 90 องศาออกแรงหมุนขาเข้าออก

5.10 ท่าสุดท้าย ให้ผู้ดูแลจับบริเวณหน้าแข้งและข้อเท้าของผู้ป่วยไว้ แล้วออกแรงดันข้อเท้าขึ้นลง (เหมือนกระดกเท้า) ท่าที่ 5.1-5.10 แต่ละท่านั้น ให้ทำซ้ำท่าละ 10 ครั้ง จากนั้นให้เปลี่ยนไปทำกับขาและแขนอีกข้างของผู้ป่วย ทำซ้ำท่าละ 10 ครั้งเช่นกัน ควรบริหารเช่นนี้ทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง

5.11 การเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ใช้ผ้าขนหนูรองบริเวณที่จะเคาะปอด จากนั้นให้ทำมือเป็นอุ้งเหมือนรูปถ้วยเพื่อทำให้เกิดลมในอุ้งมือ ใช้มือ 2 ข้างเคาะสลับกันโดยขยับข้อมือเคาะให้จังหวะสม่ำเสมอ ความถี่ประมาณ 2-3 ครั้งต่อวินาที ทำติดต่อกันประมาณ 3-5 นาที ควรเคาะปอดในขณะผู้ป่วยท้องว่าง หรือก่อนผู้ป่วยรับประทานอาหาร แต่หากรับประทานอาหารแล้วให้เคาะปอดหลังจากนั้น 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

6. การจัดสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยควรจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด โดยผู้ดูแลควรหมั่นทำความสะอาดเตียงที่นอนหรือโต๊ะที่ใช้วางของอยู่เสมอไม่ให้มีกลิ่นเหม็นหรือมีมด แมลงต่างๆ เปิดหน้าต่างให้มีอากาศถ่ายเท ไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไปรวมถึงการจัดสถานที่ให้ง่ายต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินด้วย

7. การดูแลทางด้านจิตใจและการประเมินภาวะเครียดของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดต่อกันเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีภาระที่เพิ่มขึ้นจากหน้าที่ในงานประจำและความรับผิดชอบส่วนตัวเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ดูแลบางคนอาจจะยังไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงขาดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัวขาดอิสรภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีการสังเกตและคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาทางจิตใจ

ของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การวางแผนจำหน่าย

เป็นกระบวนการประสานงานกันของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การนำขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย การเลือกใช้สถานบริการที่เหมาะสมการสนับสนุนของหน่วยงานในการร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยการติดต่อสื่อสารและความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ทีมสุขภาพ รวมถึงครอบครัวผู้ป่วย

ขั้นตอนกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหลังจำหน่าย (assessment) การวางแผนจำหน่าย (plan) การนำเอาการวางแผนจำหน่ายไปใช้ (implementation) และการติดตามประเมินผล (evaluation) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่

-การประเมินความต้องการการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม รวมถึงข้อจำกัดของผู้ป่วยและครอบครัว

-การประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ตลอดจนทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น

-เริ่มการวางแผนจำหน่ายให้เร็วที่สุดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ และกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย

-บริหารจัดการเวลาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

-ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประชุม ปรึกษาและวางแผนร่วมกัน เพื่อผสมผสานกิจกรรมให้ง่ายต่อการปฏิบัติ

-แจ้งญาติให้ทราบในการเตรียมสถานที่และหาผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในด้านต่างๆ เช่นการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ การทำกายภาพบำบัด

-ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ การใช้แหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน

-ส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่มีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อการดูแลต่อเนื่องในทางปฏิบัติแล้วแนวทางในการประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรดำเนินการดังนี้

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งในด้านสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารและยา การขับถ่าย ภาวะอารมณ์และจิตใจ การรับรู้และความบกพร่องในการสื่อสารกับบุคคลอื่น และประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel index (BI)

2. ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยในประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ สภาพบ้านและสภาพสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม

3. วางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลให้ครอบคลุมโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D

4. การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งเตรียมปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

5. ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเช่น โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์สุขภาพชุมชน และการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

6. แนะนำสถานบริการที่เกี่ยวข้อง เช่นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินการขอความช่วยเหลือจากชุมชน เอกชน และหน่วยงานของรัฐ เป็นต้น

7. เน้นย้ำการมาตรวจติดตามการรักษาตามนัดหมายของแพทย์

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโดยการนำความรู้และทฤษฎีการพยาบาลมาให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การดูแลระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำที่เหมาะสม และการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีคุณภาพ เชื่อมโยงสถานบริการและหน่วยงานต่างๆที่สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อเพิ่มโอกาสการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (ณัฏฐนิช เกศรินหอมหวน และ อรุณี รัตนนิเทศ, 2564)

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 27 สิงหาคม 2565 ถึง วันที่ 12 กันยายน 2565 รวมระยะเวลาดำเนินการ 17 วัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญานชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/78 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) เท่ากับ 97 เปอร์เซ็นต์

ลักษณะทั่วไป น้ำหนัก 71.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (Body mass Index; BMI) 30.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ ผิวมีสีเหลืองปานกลาง ไม่มีผื่นหรือจุดจ้ำเลือด ผิวแห้งเล็กน้อย มีแผลกดทับที่ก้นกบ (ระดับ 2) มีเนื้อแดงขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร ไม่มีเนื้อตาย

ศีรษะใบหน้าและลำคอ ศีรษะได้รูป ขนาดและสัดส่วนปกติ ศีรษะส่วนอื่นไม่มีแผลหรือก้อน ไม่มีสะเก็ดหรือตุ่มหนอง ใบหน้า หน้าไม่บวม ริมฝีปากไม่แห้ง เปลือกตาซีดเล็กน้อย มีสายให้อาหารทางสายยางที่จมูกข้างขวา ใส่ท่อเจาะคอ (Jackson Tube) มีเสมหะสีขาว ไม่มี Neck veinengorged ต่อมน้ำเหลืองไม่โต คลำไม่พบก้อน

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ

ใส่ท่อช่วยหายใจที่คอ (Jackson Tube) และ on collar mask 8 ลิตรต่อนาที ทรวงอกสมมาตรได้รูปปกติ ไม่นูนหรือบุ๋ม การขยายตัวของทรวงอกสัมพันธ์กับการหายใจเข้า-ออก ขณะหายใจทรวงอกขยายเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation หรือ wheezing

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่มี Murmur จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ จับชีพจรอัตราการเต้นสม่ำเสมอ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวช้ำ

ระบบต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองที่คอ รักแร้ คอและขาหนีบไม่โต

ระบบทางเดินอาหาร ลักษณะของหน้าท้องกดไม่เจ็บ เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-4 ครั้ง/นาที ท้องอืดเล็กน้อย ถ่ายอุจจาระลักษณะอ่อนเหนียว สีน้ำตาลได้เองทุก 2-3 วัน

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะในถุงสีเหลืองขุ่นมีตะกอนเล็กน้อย ปริมาณ 200 มิลลิลิตร วัยหมดประจำเดือน ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

รู้สึกตัวลืมตาได้เอง GCS เท่ากับ 5T (E4VTM1) แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงขยับแขนขาทั้งสองข้างไม่ได้ (Grade O) ขนาดรูม่านตา 2มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้างไม่มีอาการข้อมือและข้อเท้าติดแข็งไม่มีอาการอักเสบหรือบวมแดง กล้ามเนื้อบริเวณแขนและขาไม่ลีบเล็กไม่มีขาบวมกดบุ๋ม

สรุปการประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ พิการติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รู้สึกตัวลืมตาได้เองพูดสื่อสารไม่ได้ แขนและขาทั้งสองข้างอ่อนแรงขยับไม่ได้ คะแนน ADL (Activities of Daily Living) 0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แสดงถึงภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ประเมินสัญญาณชีพปกติ มีการคาท่อเจาะคอ ใส่สายอาหารทางสายยาง คาสายสวนปัสสาวะ มีแผลกดทับระดับที่ 2 และพบภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มียาตามแผนการรักษา คือ ยารับประทานควบคุมการชักเกร็ง ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมัน ยาเบาหวาน และยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวเลือด เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ การประเมินผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลมี 2 คน มีสภาพเศรษฐกิจดี เต็มใจช่วยดูแลผู้ป่วย ไม่พบภาวะซึมเศร้า ตั้งใจร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ให้ผู้ป่วยปลอดภัย สถานบริการแรกที่ผู้ป่วยและญาติเลือกเข้ารับการรักษา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดตราด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. Blood chemistry

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			แปลผล
		27 ส.ค 2565	31 ส.ค 2565	10 ก.ย. 2565	
DTX	<130 mg/dl	185	160	99	ปกติ
Hb A1C	4.0-6.4 %	6.0	-	5.5	ปกติ
BUN	8 – 20 mg/dl	15	16	19	ปกติ
Creatinine	0.72-1.18 mg/dl	0.59	0.45	0.51	ปกติ
Sodium	136-146 mmol/L	138	139	-	ปกติ
Potassium	3.5-5.1 mmol/L	3.6	3.8	-	ปกติ
Chloride	101-109 mmol/L	102	104	-	ปกติ
CO_2	21-31 mmol/l	26.5	22	-	ปกติ
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dl	2.6	3.0	-	ปกติ
Calcium	8.8-10.6 mg/dl	8.5	9.1	-	ปกติ
Magnesium	1.8-2.6 gm/dl	1.8	1.9	-	ปกติ
รายการตรวจ	**ค่าปกติ**	**ค่าที่ตรวจพบ**			**แปลผล**

		27 ส.ค 2565	31 ส.ค.2565	10 ก.ย. 2565	
SGOT	15-37 U/L	38	25	-	ปกติ
SGPT	15-50 U/L	48	19	-	ปกติ
Cholesterol	0-200 mg/dl	-	-	97	ปกติ
Triglyceride	30-150 mg/dl	-	-	119	ปกติ
HDL	40-60 mg/dl	-	-	45	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจเลือดวิเคราะห์ ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสมในเลือด การทำงานของไต การทำงานของตับ ระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันดี และ เกลือแร่ในร่างกาย เพื่อประเมินความเหมาะสมของแผนการรักษาด้วยยาและอาหารทางสายยาง ซึ่งผู้ป่วยได้รับยาควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ผลปกติเลือดปกติ แสดงว่าขนาดของยาที่ได้รับเหมาะสมและควบคุมอาการของโรคได้ดี

2. Complete Blood Count (CBC)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			แปลผล
		27 ส.ค.2565	31 ส.ค.2565	10 ก.ย.2565	
WBC	4.6-10.6 10^3/uL	8.0	11.55	8.3	ปกติ
RBC	4.0-5.2 10^6/uL	3.45	4.52	4.10	ปกติ
Hemoglobin	12.0-14.3 g/dL	10.4	13.5	13.4	ปกติ
Hematocrit	36.0-47.7 %	30.7	40.2	40.1	ปกติ
MCV	80.0-97.8 fl	86.7	88.9	88.7	ปกติ
Platelet	140-400 mmol/l	404	284	301	ปกติ
Neutrophils	43.7-70.9 %	72.3	92.7	70.0	สูงกว่าปกติ
Lymphocytes	20.1-44.5 %	15.0	4.9	20.0	ต่ำกว่าปกติ
Monocytes	3.4-9.8 %	9.1	2.3	8.8	ปกติ
Eosinophils	0.7-9.2 %	3.4	0.0	0.0	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

การ CBC พบค่าเม็ดเลือดขาว White blood cell และ Neutrophils สูง ในวันที่ 31 สิงหาคม 2565 แสดงถึง มีการอักเสบติดเชื้อเกิดขึ้นในร่างกาย คือ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร่างกายจึงสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดนี้มาป้องกันการติดเชื้อลุกลาม ส่วนค่าเม็ดเลือดขาวLymphocytes ต่ำ แสดงถึงร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและการได้รับยาควบคุมโรค หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงต่อเนื่อง

3. Coagulation

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			แปลผล
		1 ก.ย.2565	8 ก.ย.2565	11 ก.ย. 2565	
Prothrombin time	10-14 secs	19.2	21.4	24.6	สูงกว่าปกติ
INR	<2	1.7	1.92	2.22	ปกติ/สูงกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

วันที่ 1 กันยายน 2565 และ 8 กันยายน 2565 ผู้ป่วยมีค่าการแข็งตัวของเลือด (Prothrombin time) สูงกว่าปกติ โดยมีค่า INR 1.7 และ 1.92 ตามลำดับ ซึ่งค่า INR น้อยกว่า 2 มีโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ระวิวรรณ แก้วกัลยา, 2559) ค่า INR ที่เหมาะสมควรจะอยู่ที่ 2-3 แพทย์ได้ปรับยา

Warfarin จากเดิม 10.5 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ เพิ่มเป็น 11 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ และติดตามซ้ำในวันที่ 11 กันยายน 2565 พบว่า มีการแข็งตัวของเลือดปกติ โดยค่า INR (International Normalized Ratio) 2.22 แพทย์คงให้ยา Warfarin ขนาด 11 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์

4. Urine Analysis (UA)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ		แปลผล
		31 ส.ค.2565	5 ก.ย.2565	
Color		Strong Yellow	Yellow	ผิดปกติ
Turbid		Turbid	Turbid	ผิดปกติ
pH	4.5-8.0	5.5	8.0	ปกติ
Sp.gr	1.002-1.040	>1.030	1.015	ปกติ
Urine Protein (strip)	Negative	+2	Negative	ปกติ
Urine Glucose (strip)	Negative	Negative	Negative	ปกติ
Urine Nitrite	Negative	Positive	Negative	ปกติ
Urine Ketones	Negative	Negative	Negative	ปกติ
Bilirubin (urine)	Negative	1+	Negative	ปกติ
Blood	Negative	3+	2+	ปกติ
Leukocytes trace	Negative	3+	Negative	สูงกว่าปกติ/ปกติ
Red blood cells	0-3 cell/hpf	>100	20-30 (Normal Cell)	สูงกว่าปกติ/ปกติ
White blood cells	0-5 cell/hpf	>100	5-10	สูงกว่าปกติ/ปกติ
Squamous epithelial cells	0-5 cell/hpf	1-2	2-3	สูงกว่าปกติ/ปกติ
Bacteria	Negative	numerous cocci bacilli	numerous cocci bacilli	สูงกว่าปกติ/ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ 31 สิงหาคม 2565 พบ Urine Nitrite Positive , White blood cells >100 cell/hpf , Bacteria numerous cocci bacilli บ่งบอกการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มแกรมลบ เช่น E. Coli (Escherichia coli) , Klebsiella , Proteus หรือ Enterobacter ในปริมาณมาก เพื่อให้ทราบชนิดของเชื้อโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะ จึงต้องส่งเพาะเชื้อปัสสาวะ เพื่อให้การรักษาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ได้ผลต่อไป

4. ผลการเพาะเชื้อปัสสาวะ (Urine culture) วันที่ 31 สิงหาคม 2565

พบ Klebsiella pneumoniae (CRE) $>10^5$ CFU/ml

Antibiotic sensitivity : Amikacin , Gentamicin

การวิเคราะห์ผล

ผลการเพาะเชื้อปัสสาวะยืนยันมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นเชื้อ Klebsiella pneumoniae (CRE) $>10^5$ CFU/ml

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Basilar artery occlusion with pontine and cerebellar infarction with Locked-in syndrome (โรคหลอดเลือดสมองตีบตันบริเวณหลอดเลือดแดงเบสิลาร์ เนื้อสมองส่วนพอนส์และเซรีเบลลาร์ตาย และมีภาวะอัมพาตโดยสมบูรณ์)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการดแลต่อเนื่อง

1. มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำ
2. มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin
3. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง
4. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
5. อาจเกิดการติดเชื้อลุกลามของแผลกดทับที่ก้นกบ
6. มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็งเนื่องจากเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้

ระยะวางแผนจำหน่าย

7. ญาติมีความวิตกกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน Basilar artery occlusion และเนื้อสมองตาย (pontine and cerebellar infraction

2. ผลการตรวจ Coagulation วันที่ 1 กันยายน 2565 และวันที่ 8 กันยายน 2565 พบค่า INR เท่ากับ 1.7 และ 1.92 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ได้แก่ ซึมลง ชักเกร็ง
2. ค่า INR อยู่ในช่วง 2-3
3. ระดับ GCS ไม่น้อยกว่า 5T (E4VTM1)
4. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 มากกว่าหรือเท่ากับ 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว คือ ถ้ามีค่า GCS น้อยกว่า 5T (E4VTM1) มีอาการซึมลง ชักเกร็ง รายงานแพทย์ทันที

2. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา

3. ให้ยาตามแผนการรักษา คือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด Warfarin (3 mg) ครึ่งเม็ดก่อนนอนวันละครั้ง ตั้งแต่วันที่ 27 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 7 กันยายน 2565 และวันที่ 8 สิงหาคม 2565 ปรับยาเป็น Warfarin (3 mg) ครึ่งเม็ดก่อนนอนวันละครั้งทุกวัน ยกเว้นวันพฤหัสบดีให้ยา 1 เม็ดก่อนนอน , ยาลดไขมันในเลือด Rosuvastatin (10 mg) 2 เม็ดก่อนนอนวันละครั้ง

4. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่สังเกตเห็นได้ง่ายเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดพร้อมสอนและแนะนำผู้ดูแลสังเกตอาการชักและอาการผิดปกติ เช่น ได้แก่ ซึมลง ชักเกร็ง หากพบรีบเรียกพยาบาลทันที

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ได้แก่ ซึมลง ชักเกร็ง
2. ค่า INR เท่ากับ 2.22 (วันที่11 กันยายน 2565)
3. ระดับ GCS เท่ากับ 5T (E4VTM1) ตลอดการรับไว้ในการดูแล

4. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 68-78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/72-138/88 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 เท่ากับ 97-98 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin

ข้อมูลสนับสนุน

มีการใช้ยา Warfarin 10.5 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ และปรับเป็น11 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ (วันที่ 8 กันยายน 2565)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Warfarin

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการแสดงการได้รับยามากเกินไป ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จ้ำเลือดตามตัว เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระมีสีดำ มีเลือดออกที่ช่องคลอด ปัสสาวะเป็นเลือด

2. ค่า INR อยู่ในช่วง 2-3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจประเมินสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง

2. จัดยาและให้ยา warfarin ทางสายยางตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ตรงเวลา Warfarin 3 มิลลิกรัม ครั้งละครึ่งเม็ด วันที่ 8 กันยายน 2565 เริ่มปรับให้ยา Warfarin 3 มิลลิกรัม ครั้งละครึ่งเม็ด ก่อนนอน ยกเว้นวันพฤหัสบดี 1 เม็ดก่อนนอน (รวม 11 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์)

3. ประเมิน ลักษณะ จำนวนและตำแหน่งของเลือดออกภายนอกร่างกาย เช่น มีจ้ำเลือด จุดเลือดออกตามร่างกาย เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน และตำแหน่งของเลือดออกภายในร่างกาย เช่น ปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสดๆหรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ (Melena) ปัสสาวะมีเลือดปน (Hematuria) อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) สังเกตเลือดออก ที่ออกจากบาดแผล เช่น แผล tracheotomy แผลกดทับที่ก้นกบ

5. เจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และใช้ความระมัดระวัง เลือกหัวเข็มขนาดเล็กในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังหลังฉีดยาหรือเจาะเลือด ต้องกดบริเวณที่ฉีดยาหรือเจาะเลือดจนแน่ใจว่าเลือดหยุดไหลแล้วประมาณ 3-5 นาที

6. จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้ปลอดภัย หลีกเลี่ยงสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่างๆ เช่น การตกเตียง การกระทบกระแทก การถูกของมีคมซึ่งจะทำให้เกิดบาดแผลได้ง่าย

7. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงนุ่มๆ เช็ดตัวด้วยผ้าเช็ดตัวที่ไม่หยาบกระด้าง

8. เจาะเลือดติดตามค่า INR เพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยตามการรักาของแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่พบอาการแสดงของการได้รับยามากเกินไป ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จ้ำเลือดตามตัว เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระมีสีดำ มีเลือดออกที่ช่องคลอด ปัสสาวะเป็นเลือด

2. ค่า INR 2.22 (วันที่ 11 กันยายน 2565)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. On Jackson tube และและ on collar mask 8 ลิตรต่อนาที ตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม 2565 ไม่สามารถไอเสมหะออกได้เอง เสมหะขาวเหนียวต้องช่วยดูดเสมหะ

2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะหายใจเอง (Room air) เท่ากับ 90 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนเพียงพอ

2. เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะเสมหะอุดกั้น และไม่เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ชีพจรเต้นเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว กระสับกระส่าย ไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจเร็ว ฟังเสียงปอดไม่พบเสียง Crepitation

2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 มากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

3. สามารถหย่าการใช้ออกซิเจนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามอาการ ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง และบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก หากมีหายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย เหงื่อออก ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าสีเขียวคล้ำ ชีพจรเบาเร็ว รีบรายงานแพทย์ทันที

2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่และป้องกันการสำลัก

3. เคาะปอดและช่วยดูดเสมหะ สาธิตให้ญาติดูโดยใช้ผ้าขนหนูรองบริเวณที่จะเคาะปอด จากนั้นให้ทำมือเป็นอุ้งเหมือนรูปถ้วยเพื่อทำให้เกิดลมในอุ้งมือ ใช้มือ 2 ข้างเคาะสลับกัน โดยขยับข้อมือเคาะให้จังหวะสม่ำเสมอ ความถี่ประมาณ 2-3 ครั้งต่อวินาที ทำติดต่อกันประมาณ 3-5 นาที เคาะปอดในขณะผู้ป่วยท้องว่างหรือก่อนผู้ป่วยรับประทานอาหาร แต่หากรับประทานอาหารแล้ว ให้เคาะปอดหลังจากนั้น 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

4. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทำ Contact precaution อย่างเคร่งครัด

5. ทำความสะอาดในช่องปากและฟันให้สะอาดหลังดูดเสมหะ และก่อนให้อาหารทางสายยาง

6. หย่าการใช้ออกซิเจน โดยค่อยๆปรับลดปริมาณออกซิเจนเพื่อรักษาระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ จนสามารถถอดออกซิเจนออกได้

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ชีพจรเต้นเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว กระสับกระส่าย ไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจเร็ว และฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation

2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 64-70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/70-140/88 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 เท่ากับ 96-98 เปอร์เซ็นต์

3. สามารถหย่าการใช้ออกซิเจนได้ (วันที่ 11 กันยายน 2565)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ (ตั้งแต่ วันที่ 8 กรกฎาคม 2565) พบ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ขุ่น (วันที่ 31 สิงหาคม 2565)

2. ผลการตรวจปัสสาวะ (UA) (วันที่ 31 สิงหาคม 2565) พบปัสสาวะสีเหลืองเข้มขุ่น White blood cells >100 cell/hpf., Red blood cells >100 cell/hpf., Urine Nitrite Positive, Bacteria numerous cocci, bacilli

3. ผลการตรวจเพาะเชื้อปัสสาวะ (UC) พบเชื้อ Klebsiella pneumoniae (CRE) $>10^5$ CFU/ml

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะไม่มีลักษณะ ขุ่น มีตะกอน เลือด หรือกลิ่นฉุน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการ มีไข้ ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน เลือดหรือกลิ่นฉุน พบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ
2. ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ วันละครั้งต่อเนื่อง 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 6 กันยายน 2565)
3. ให้ยาปฏิชีวนะ Gentamicin 240 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ วันละครั้งต่อเนื่องจนครบ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2565 ถึง 12 กันยายน 2565)
4. ให้น้ำระหว่างมื้ออาหาร 100-150 มิลลิลิตร และบันทึกลักษณะ และปริมาณปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง
5. เทปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะปริมาณสามส่วนสี่ของถุง ขณะเทให้ระวังปลายสายสัมผัสภาชนะรองรับ
6. เปลี่ยนถุงปัสสาวะทุก 1 เดือนหรือ เมื่อพบถุงปัสสาวะรั่วหรือขาด มีน้ำปัสสาวะรั่วซึม ถุงเปียกตลอดเวลา มีตะกอนจับในถุงปัสสาวะและปัสสาวะมีกลิ่นแรง
7. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และท่อปัสสาวะด้วยน้ำและสบู่วันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่อุจจาระ
8. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดระวังไม่ให้ข้อต่อหลุดหรือเปิดออก หากข้อต่อหลุด ใช้สำลีชุบ 70% แอลกอฮอล์ เช็ดปลายข้อต่อทั้ง 2 ข้าง แล้วต่อเข้าไว้เหมือนเดิม
9. จัดท่านอนผู้ป่วยไม่ให้นอนทับสายสวนปัสสาวะ จนเกิดการหัก พับงอ อุดกั้นการไหลของปัสสาวะ
10. แนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลสายสวนปัสสาวะ

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.6-37.2 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะสีเหลืองไม่มีลักษณะขุ่น มีตะกอน เลือด หรือกลิ่นฉุน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 อาจเกิดการติดเชื้อลุกลามของแผลกดทับที่ก้นกบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 2 ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร ไม่มีเนื้อตาย
2. ผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง
3. ผู้ป่วยมีน้ำหนักมาก 71.1 กิโลกรัม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อลุกลามแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อแผลกดทับ ได้แก่ แผลมีหนอง มีเนื้อตาย มีกลิ่นเหม็น
3. ไม่พบตำแหน่งแผลกดทับในตำแหน่งอื่นของร่างกายเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วย ได้แก่ มีไข้ แผลมีหนอง มีเนื้อตาย มีกลิ่นเหม็น หรือมีแผลกดทับเพิ่มขึ้น
2. ทำความสะอาดแผลกดทับวันละ 1 ครั้ง ประเมินและบันทึกลักษณะแผลกดทับ
3. ใช้ที่นอนเจล พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งสอนและสาธิตการพลิกตัวที่ถูกวิธีกับญาติผู้ดูแล
4. ให้อาหารทางการแพทย์ชนิดสำเร็จรูป (Blendera-MF) สูตร (1.5:1) 250 มิลลิลิตร และน้ำตาม 150 มิลลิลิตร ทางสายยางวันละ 4 มื้อ
5. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย
6. สอนและแนะนำญาติผู้ดูแล ทำความสะอาดผิวหนังทุกครั้งหลังการขับถ่ายด้วยน้ำเปล่าโดยไม่ขัดถู ซับให้แห้ง และเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.6- 37.2 องศาเซลเซียส
2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อแผลกดทับ ได้แก่ แผลมีหนอง มีเนื้อตาย มีกลิ่นเหม็น
3. ไม่พบตำแหน่งแผลกดทับในตำแหน่งอื่นของร่างกายเพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็งเนื่องจากเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง (grade 0)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหว ไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบกล้ามเนื้อแขนขาลีบ ข้อไม่ติดแข็ง
2. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พร้อมอธิบายให้เข้าใจถึงความผิดปกติของร่างกาย ความสำคัญ และความจำเป็นของการทำกายภาพบำบัด
2. ประสานนักกายภาพในการทำกายภาพบำบัดทุกวันตามแผนการรักษา และช่วยทำ Active-Passive exercise วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น กระตุ้นการเคลื่อนไหวขณะนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยโดยการพลิตะแคงตัว และทำ Passive exercise
3. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย โดยในขณะที่ผู้ป่วยนอนให้ช่วยประคองแขน-ขาที่อ่อนแรงทุกครั้งที่ทำกิจกรรม ไม่ดึงแขน-ขาที่อ่อนแรงเมื่อต้องเคลื่อนย้าย
4. สอนและแนะนำญาติผู้ดูแลให้หลีกเลี่ยงท่านอนที่ต้องงอข้อศอก ข้อเข่าเป็นเวลานาน

การประเมินผล

1. แขน-ขาทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย ไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่พบข้อติดแข็ง

2. ญาติผู้ดูแลปฏิบัติตามคำแนะนำ สามารถทำ Passive exercise ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ญาติมีความวิตกกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลทั้งหมด ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผลเจาะคอการทำความสะอาดท่อช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับและการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2. ผู้ดูแลหลักในบ้านผู้ป่วยเป็นน้องสาวที่หยุดหารายได้จากการรับจ้างทั่วไปมาดูแลพี่สาว ใช้โทรศัพท์ แบบกดปุ่ม ยังไม่ได้รับการฝึกสอนการดูแลผู้ป่วย

3. มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน และไขมันสูง

วัตถุประสงค์

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการทำหัตถการจำเป็นที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย และมีความพร้อมในการทำหัตถการจำเป็นต่อเนื่องบ้าน

2. ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามความรู้เรื่องโรค ทักษะในการทำหัตถการจำเป็นที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องบ้านได้ถูกต้องและพร้อมรับกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วย และฝึกทักษะการทำหัตถการจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านดังนี้

1.1) สอน สาธิตและทดลองให้ญาติผู้ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้บนเตียง

1.1.1) ทำความสะอาดปากและฟันผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้งโดยเลื่อนตัวผู้ป่วยมาชิดขอบเตียง ตะแคงหน้ามาหาผู้ดูแลคลุมผ้าเช็ดตัวบนหน้าอก วางชามรูปไตใต้คาง ดึงคางผู้ป่วยลงให้อ้าปากแล้วใช้ปากคีบ คีบสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากพอหมาดๆ เช็ดให้ทั่วช่องปาก ทำซ้ำจนสะอาด ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม แปรงฟันจนสะอาด ใช้ลูกสูบยาง ดูดน้ำออกจากปากจนหมด ซับให้แห้งแล้วทาวาสลีนหรือลิปสติกชนิดมันป้องกันปากแห้งแตก

1.1.2) อาบน้ำบนเตียง อย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง โดยเช็ดหน้าผาก แก้ม จมูก รอบปาก หน้าคอ และหูอย่างนุ่มนวลด้วยน้ำสบู่จนสะอาด ใช้ผ้าอีก 1 ผืนชุบน้ำเช็ดจนหมดคราบสบู่แล้วซับให้แห้ง ฟอกสบู่บริเวณทรวงอก หน้าท้อง จนถึงขาหนีบ โดยสอดมือเข้าใต้ผ้าเช็ดตัว ใช้ผ้าอีก 1 ผืน ชุบน้ำเช็ดจนหมดคราบสบู่แล้วซับให้แห้ง เปลี่ยนน้ำ ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านไกลตัว จับข้อมือยกขึ้น ฟอกสบู่จากปลายแขนมาเข้ามาถึงรักแร้ ใช้ผ้าอีก 1 ผืน ชุบน้ำเช็ดจนหมดคราบสบู่แล้วแช่มือในอ่างน้ำฟอกซอกนิ้ว เล็บล้างมือให้สะอาดแล้วซับให้แห้ง ย้ายมาทำแบบเดียวกันกับแขนด้านใกล้ตัว ฟอกสบู่ที่ขาด้านไกลตัว เช็ดคราบสบู่ออกจนสะอาดซับให้แห้ง เช็ดขาด้านใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน แช่เท้าในอ่าง งอขาตั้งเข่าฟอกสบู่ตามซอกนิ้ว และเล็บ ล้างออกแล้วซับให้แห้ง พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยหันหน้าเข้าหาผู้ดูแล ฟอกสบู่ทำความสะอาดหลัง ตั้งแต่กกหู คอ หลังถึงสะโพกและก้นกบ ใช้ผ้าอีก 1 ผืน ชุบน้ำเช็ดจนหมดคราบสบู่แล้วซับให้แห้ง ทาครีมบำรุงผิวและทาแป้งให้ผู้ป่วย

1.1.3) ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ โดยจัดท่านอนหงาย ชันเข่า แยกขาออกใช้ปากคีบ คีบสำลีชุบน้ำสบู่พอหมาดๆ เช็ดบริเวณหัวเหน่าจากซ้ายไปขวา สำลีก้อนที่2 เช็ดแคมใหญ่ด้านไกลตัวจากบนลงล่าง สำลีก้อนที่3 เช็ดด้านใกล้ตัวแบบเดียวกัน สำลีก้อนที่4,5 เช็ดแคมเล็กด้านไกลตัวและใกล้ตัว จากบนลงล่างแบบเดียวกัน สำลีก้อนที่6 เช็ดตรงกลางจนถึงทวารหนัก ซับให้แห้ง ใส่เสื้อผ้าให้เรียบร้อยแล้วจัดให้อยู่ในท่าที่สบาย

1.2) สอน สาธิตและทดลองให้ญาติผู้ดูแลทำแผลเจาะคอ การทำความสะอาดท่อช่วยหายใจ โดยเริ่มจากการจัดท่าผู้ป่วยนอนหงาย หนุนหมอน ใต้ลำคอและไหล่ ให้แอ่นขึ้นเล็กน้อย ดูดเสมหะให้เรียบร้อยก่อนทำแผล แล้ว ถอดท่อชั้นในออกแช่น้ำยาฆ่าเชื้อนาน 15 นาที ล้างน้ำสบู่ให้สะอาด แล้วนำไปต้มในน้ำเดือดอีก 15 นาที ผึ่งให้แห้ง เช็ดรอบแผลและด้านบนท่อด้วยน้ำเกลือล้างแผล เปลี่ยนผ้ายึดท่อเจาะคอ แล้วใส่ท่อชั้นในเข้าที่

1.3) สอน สาธิตและทดลองให้ญาติผู้ดูแลให้อาหารทางสายยาง โดยเริ่มจากจัดเตรียมอุปกรณ์ กระบอกให้อาหาร (Syringe) ที่ล้างและนำไปต้มในน้ำเดือด 15 นาที) อาหาร น้ำ และยาให้พร้อมจัดท่าผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30-90 องศา เตรียมอาหารสำเร็จรูป Blendera-MF สำหรับผู้ป่วย เบาหวาน ตรวจสอบสายยางว่าอยู่ในกระเพาะอาหารโดยดูขีดที่รูจมูกในตำแหน่งเดิมใช้กระบอกให้อาหาร (Syringe) ดูดดูอาหารว่ามีเหลือในกระเพาะอาหารหรือไม่ หากเหลือเกินครึ่งหนึ่งของอาหารในมื้อที่ผ่านมา แสดงว่าอาหารไม่ย่อย ควรแจ้งพยาบาลก่อนให้อาหาร ให้อาหาร ยา และน้ำตามแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิม 1-2 ชั่วโมง จึงปรับหัวเตียงลง ควรให้น้ำระหว่างมื้อ 100-150 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

1.4) สอน สาธิตและทดลองทำแผลกดทับที่ก้นกบและการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงอย่างถูกวิธี โดยจัดท่านอนตะแคงหันหลังให้ญาติผู้ดูแล เปิดชุดทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic Technique) ตามคำแนะนำของพยาบาล ทำแผลโดยใช้ปากคีบ คีบสำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดแผลอย่างเบามือ โดยเช็ดจากด้านในแผลวนออกมาด้านนอก ทิ้งสำลี ถุงมือ ลงในถุงขยะติดเชื้อ ปิดผ้าก๊อซที่สะอาดปราศจากเชื้อให้คลุมปากแผลและปิดพลาสเตอร์ ใช้ที่นอนเจลกระจายแรงกดทับและปูทับด้วยผ้าปูที่นอนสะอาด เรียบตึง หากพบผิวหนังมีรอยแดง ห้ามนวดหรือประคบด้วยความร้อน เพราะจะเพิ่มการอักเสบเสี่ยงต่อการฉีกขาดของผิวหนัง แนะนำการจัดเตรียมชุดทำแผลส่งนึ่งฆ่าเชื้อและนำถุงขยะติดเชื้อมาทิ้งที่ถังแดงหน้าหน่วยจ่ายกลางก่อนส่งชุดทำแผลนึ่งทุก 2 วัน

1.5) สอน สาธิตและฝึกให้ญาติผู้ดูแลจัดท่านอนที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย ช่วยพลิกตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณถูกกดทับและป้องกันการเกิดแผลกดทับในตำแหน่งอื่น ดังนี้

1.5.1) ท่านอนหงาย ให้นอนหนุนหมอนไม่แข็งและสูงพอเหมาะวางรองรับส่วนศีรษะและไหล่ ศีรษะสูงประมาณ 15 องศา ใช้หมอนเล็กๆ วางใต้ข้อเท้าและใต้เข่าเหนือข้อพับ

1.5.2) ท่านอนตะแคงขวา/ซ้าย การนอนตะแคงจะช่วยลดการกดทับบริเวณส่วนหลังของร่างกาย บริเวณศีรษะ สะบัก ก้นกบ และส้นเท้า โดยจัดแขนทั้งสองข้างให้อยู่อยู่ด้านหน้าของลำตัว ในท่างอเล็กน้อย สอดหมอนหนุนที่ไหล่และแขนด้านบนให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อไหล่ เพื่อป้องกันไหล่หุบเข้าหรือหมุนเข้าด้านในและยังช่วยให้หายใจสะดวก ปอดขยายได้ตามปกติ สอดหมอนหนุนขาข้างที่อยู่ด้านบนให้อยู่ระดับเดียวกับข้อสะโพก เพื่อป้องกันต้นขาหุบเข้าและหมุนเข้าด้านใน วางหมอนหรือผ้าม้วนกลมหนุนไว้ที่ด้านหลังผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยพลิกหงายมาด้านหลังและเพื่อความสุขสบาย

1.6) สอนและแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

1.6.1) สายสวนปัสสาวะต้องอยู่ในระบบปิด ไม่ให้ข้อต่อหลุดหรือเปิดออก หากข้อต่อหลุด ให้ใช้

สำลีชุบ70% แอลกอฮอล์ เช็ดปลายข้อต่อทั้งสองข้าง แล้วต่อสายสวนปัสสาวะเข้าที่เดิม

1.6.2) ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะด้วยน้ำสบู่ แล้วจึงล้างออกด้วยน้ำจนสะอาดพร้อมซับให้แห้ง

1.6.3) เทปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะปริมาณสามส่วนสี่ของถุง หรือทุก 6-8 ชั่วโมง โดยระวังไม่ให้สัมผัสบริเวณปลายรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะ ใช้สำลีชุบ70% แอลกอฮอล์ เช็ดรูเปิดของถุงปัสสาวะก่อนและหลังเทปัสสาวะแล้วปิดฝาถุงรองรับปัสสาวะให้แน่น

1.6.4) จัดท่านอน ระวังการกดทับสายสวนปัสสาวะจนสายหัก พับงอ อุดกั้นการไหลของปัสสาวะ

1.6.5) สอนแนะนำหลีกเลี่ยงการยกถุงรองรับปัสสาวะไว้สูงเหนือระดับเอว

1.6.6) สังเกตลักษณะ สีของปัสสาวะ หากปัสสาวะเปลี่ยนสี ขุ่น กลิ่นฉุนแรง มีหนอง มีเลือด ให้ติดต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

1.7) สอนและให้ความรู้ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา warfarin ที่เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยต้องเจาะเลือดตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ เพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

1.7.1) ญาติผู้ดูแลต้องให้ยาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ไม่เพิ่ม ลดหรือหยุดยาเอง หากลืมให้ยาแก่ผู้ป่วย ห้ามเพิ่มขนาดยาที่รับประทานเป็น 2 เท่าโดยเด็ดขาดแต่ให้ปฏิบัติดังต่อไปนี้

- กรณีลืมให้ยาและยังไม่เกิน 12 ชั่วโมงให้รับประทานยาทันทีในขนาดเท่าเดิม
- กรณีลืมให้ยาและเกิน 12 ชั่วโมงไปแล้วให้ข้ามยาในมื้อนั้นไปแล้วให้ยามื้อต่อไปในขนาดเดิม

1.7.2) สอนญาติผู้ดูแลสังเกตอาการแสดงหากได้รับยามากเกินไป ได้แก่ เลือดออกตามไรฟันจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระสีดำ มีเลือดออกที่ช่องคลอด ปัสสาวะเป็นเลือด หากพบอาการดังกล่าวให้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

1.7.3) งดบีบนวดหรือกดลงน้ำหนักบริเวณผิวหนังเพราะอาจเกิดรอยฟกช้ำจากการมีเลือดออกใต้ผิวหนัง

1.7.4) เลือกเครื่องใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่อ่อนนุ่ม ป้องกันเลือดออกง่าย เช่น ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงนุ่มๆ เช็ดตัวด้วยผ้าเช็ดตัวที่ไม่หยาบกระด้าง

1.7.5) หากเกิดบาดแผลเลือดอาจออกไม่หยุด ถ้าบาดแผลมีขนาดเล็กและไม่ลึกให้ผ้าสะอาดกดห้ามเลือด หากเลือดยังไม่หยุดไหล ให้พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที และแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบว่าผู้ป่วยได้รับยา warfarin อยู่

1.7.6) กรณีเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้งและห้ามรับการรักษาโดยการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

1.7.7) แนะนำญาติผู้ดูแลพกบัตรประจำตัวของผู้ป่วยรับยา warfarin (warfarin card) ติดตัวไว้และแสดงบัตรทุกครั้งที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาล

1.7.8) แนะนำการเก็บรักษายาให้พ้นแสงและความชื้นในภาชนะที่โรงพยาบาลจัดให้ และเก็บยาให้พ้นมือเด็ก

1.8) แนะนำญาติผู้ดูแลฝึกทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต้องทำกายภาพบำบัดแบบที่ผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้ (Passive exercise) เพื่อช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ไม่ให้ติดจนเคลื่อนไหวไม่ได้ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 15 องศา แล้วปฏิบัติดังนี้

1.8.1) ให้นอนหงายแขนแนบลำตัวจากนั้นยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ โดยมีมืออีกข้างที่ไม่ได้ใช้ยกจับประคองบริเวณข้อศอกไว้แล้วค่อยๆ วางแขนลงที่เดิม

1.8.2) กางแขนออกทางด้านข้าง โดยมีมืออีกข้างที่ไม่ได้ใช้ยก จับประคองบริเวณข้อศอกไว้

แล้วค่อยๆยกแขนขึ้นไปจนแนบกับใบหู จากนั้นหุบแขนลงแนบข้างลำตัว

1.8.3) ใช้มือข้างหนึ่งตั้งแขนผู้ป่วยขึ้นและงอศอก จากนั้นให้ใช้มืออีกข้างหมุนแขนผู้ป่วยขึ้นและลง

1.8.4) ให้นอนหงายแขนแนบกับลำตัวค่อยๆงอศอกให้ถึงไหล่ แล้วค่อยๆเหยียดออกจนสุด

1.8.5) ใช้มือข้างข้างหนึ่งตั้งศอกขึ้น จากนั้นใช้มืออีกข้างบิดหมุนข้อมือให้คว่ำและหงาย

1.8.6) ตั้งศอกขึ้น จากนั้นกระดกข้อมือพร้อมกับแบมือ และกระดกข้อมือลงพร้อมกับกำมือ

1.8.7) บริหารขา โดยให้จับหัวเข่าและข้อเท้า แล้วค่อยๆ งอเข่าขึ้น จนสุดแล้วเอาลงมาท่าเดิม

1.8.8) จับหัวเข่าและข้อเท้าค่อยๆกางขาออกทางด้านข้างแล้วกลับมาชิดใหม่เหมือนท่าเริ่มต้น

1.8.9) จับหัวเข่าและข้อเท้า จากนั้นงอเข่าขึ้นประมาณ 90 องศา ออกแรงหมุนขาเข้าออก

1.8.10) ท่าสุดท้าย จับหน้าแข้งและข้อเท้าไว้ แล้วออกแรงดันข้อเท้าขึ้นลง(เหมือนกระดกเท้า) ให้ทำซ้ำท่าละ 10 ครั้ง จากนั้นให้เปลี่ยนไปทำกับขาและแขนอีกข้าง ทำซ้ำอีกท่าละ 10 ครั้ง ควรบริหารเช่นนี้ทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง

1.9) สอน สาธิตและฝึกญาติผู้ดูแลเคาะปอดระบายเสมหะ ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ใช้ผ้าขนหนูรองบริเวณที่จะเคาะปอด ทำมือเป็นรูปถ้วย 2 ข้างเคาะสลับกัน ขยับข้อมือเคาะให้จังหวะสม่ำเสมอ ความถี่ประมาณ 2-3 ครั้งต่อวินาที ทำติดต่อกัน 3-5 นาที ให้ทำขณะท้องว่าง หรือก่อนอาหาร หากให้หารแล้วให้เคาะปอดหลังจากนั้น 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

1.10) แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด ตั้งแต่เตียง ที่นอนหรือโต๊ะวางของ ไม่ให้มีกลิ่นเหม็นหรือมีมด หนู หรือแมลงต่างๆ เปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท ไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป และจัดสถานที่ให้ง่ายต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินด้วย

1.11) แนะนำญาติผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมจำเพาะของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ เช่นการสังเกตสีหน้า การกระพริบตา กลอกตาขึ้นบนลงล่าง ซึ่งเป็นความพยายามในการสื่อสารที่มีความหมายของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้และเข้าใจ

2. แนะนำการเลือกและจัดสรรผู้ดูแลผู้ป่วย รับฟังความกังวลของญาติผู้ดูแลที่มีความสามารถไม่เท่ากัน ปรับแบ่งหน้าที่การดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ได้แก่

2.1 ผู้ดูแลหลัก (น้องสาวอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย) เป็นผู้ดูแลหัตถการ การทำความสะอาดร่างกาย ดูดเสมหะ ดูแลสายสวนปัสสาวะ การเคาะปอด ให้อาหารทางสายยาง จัดท่าพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง และการทำกายภาพบำบัด

2.2 ผู้ดูแลเสริม (ลูกสาวที่อยู่บ้านติดกัน) ทำหัตถการ ทำแผลเจาะคอ ทำแผลกดทับ จัดชุดทำแผลส่งนึ่งฆ่าเชื้อและส่งขยะติดเชื้อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใกล้บ้าน รวมถึงการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

3. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เหงื่อออกตัวเย็น

4. ประสานงานกับหน่วยจ่ายกลางจัดเตรียมรับชุดทำแผลส่งนึ่งฆ่าเชื้อ

5. การจัดเตรียมปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรวมถึงวัสดุอุปกรณ์จำเป็นเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

6. ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้แก่ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

7. ส่งต่อข้อมูลและประสานงานโรงพยาบาลส่งเริมสุขภาพตำบลเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

โดยส่งข้อมูลในระบบ Thai COC และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินผ่านเบอร์โทร 1669 และการมาตรวจติดตามอาการตามนัดวันที่ 19 กันยายน 2565

8. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกต่างๆ พร้อมตอบข้อซักถามและประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนจำหน่าย

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย และมีความพร้อมในการทำหัตถการจำเป็นต่อเนื่องบ้านตามลำดับดังนี้

วันที่ 3 หลังนอนรักษาในโรงพยาบาล (วันที่ 30 สิงหาคม 2565) ผู้ดูแลทั้งสองคนมีความรู้ ทักษะมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นเริ่มปฏิบัติการพยาบาลในบางหัตถการ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยางแต่ยังไม่กล้าล้างแผลเจาะคอ ดูดเสมหะและล้างแผลกดทับ

วันที่ 7 หลังนอนรักษาในโรงพยาบาล (วันที่ 3 กันยายน 2565) ลูกสาวผู้ป่วยสามารถทำแผลเจาะคอ และแผลกดทับได้เอง และน้องสาวผู้ป่วยสามารถดูดเสมหะให้ผู้ป่วยได้เองโดยมีพยาบาลช่วยสังเกตแนะนำอยู่ข้างๆ

วันที่ 10 หลังนอนรักษาในโรงพยาบาล (วันที่ 6 กันยายน 2565) ลูกสาวผู้ป่วยและน้องสาวผู้ป่วยสามารถทำหัตถการทุกอย่างได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจ

2. ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามความรู้เรื่องโรค ทักษะในการทำหัตถการจำเป็นที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องบ้านได้ถูกต้องและพร้อมรับกลับบ้าน

การนำไปใช้ประโยชน์

นำพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ ในการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนและผู้สนใจ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ จำนวน 1 ราย รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 27 สิงหาคม 2565 จำหน่ายจากการดูแลวันที่ 12 กันยายน 2565 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาในความดูแล 17 วัน

ผลสำเร็จของงาน เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ มีภาวะติดเตียง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจที่คอ ใส่สายยางให้อาหาร และคาสายสวนปัสสาวะ ทีมการพยาบาลผู้ป่วยในได้วางแผนการดูแลรักษา ให้การพยาบาล วางแผนจำหน่าย จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถก้าวผ่านความยากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตโดยสมบูรณ์ไปได้ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการทบทวนความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลในการทำหัตถการจำเป็น สอน สาธิต แนะนำ ฝึกปฏิบัติ ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยมากที่สุด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

ณัฏฐนิช เกศรินหอมหวน, อรุณี รัตนนิเทศ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สรรพสิทธิเวชสาร, 32*(1-3), 63-74.

https://he01.tci- thaijo.org/index.php/shj/article/view/268099

ปาร์ยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์. (2561). *รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว.* ดุษฎีนิพนธ์คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. (2562). *โรคหลอดเลือดสมอง (stroke).* http://www. med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf

ระวิวรรณ แก้วกัลยา.(2559). *ระดับค่าการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ในผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคหัวใจรูมาติก ที่มีลิ้นหัวใจไมตรัลตีบร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพริ้วที่ได้รับการรักษาด้วยยาวอร์ฟาริน.* Webpage สำนักงานวิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย. http://cuir.car.chula.ac.th/ handle/123456789/55245

รุ่งนิภา จ่างทอง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 4* (1), 55-73.

โรงพยาบาลคลองใหญ่. (2566) *รายงานสถิติผู้ป่วยระยะกลาง ปี 2564-2566*. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลคลองใหญ่.

ศรีสกุล เฉียบแหลม,ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชยโยยิ่งยงค์, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2563). การป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน. Royal Thai Air Force Medical Gazette, 67 (1), 9-19.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2564). *LIS ความผิดปกติทางประสาทที่ทำให้เกิดเป็นอัมพาตในทุกส่วนของร่างกาย.* https://goodhealth.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/0-2/163533/

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2567). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5). สถาบันประสาทวิทยา.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย,* 39 (2), 39-46.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2566) *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ปี 2564-2566.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด.

.