

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

เกสรารณ ม่วงมายา*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อสมองบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และความพิการทั้งในไทยและทั่วโลก การวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลให้ผู้ป่วยรอดพ้นระยะวิกฤต และการเชื่อมรอยต่อของการดูแลระยะกลางเป็นหัวใจสำคัญในการลดภาระทางสาธารณสุข บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างและวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาของผู้ป่วย 2 กรณี ตามประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน และการดูแลระยะกลาง จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบแสดงให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างบางประเด็นของทั้ง 2 กรณี นำไปสู่ความเข้าใจและมองเห็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาล, การดูแลระยะเฉียบพลัน, การดูแลระยะกลาง

Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke: Two Case Studies

Ketsaraporn Mounghaya*

Abstract

Acute ischemic stroke causes injury to brain tissue at the affected area. It is the main cause of death and disability both in Thailand and around the world. The nursing care plan to ensure patients survival and the bridging of intermediate care gap are keys to reducing the public health burden. This academic article aimed to study the differences and comparative analysis of two case studies of patients according to their illness history, signs and symptoms, laboratory investigations for diagnosis, treatment, nursing diagnosis, nursing care in the acute period and the intermediate care. The comparative analysis showed some similarities and differences in both cases, leading to understanding and seeing ways to develop a care model for this group of patients.

Keywords: Cerebrovascular disease, Nursing care, Acute care, Intermediate care

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(1), 67-88

* Registered Nurse, Professional Level, Chom Thong Hospital, Chiang Mai province, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Ministry of Public Health

Corresponding author: E-mail: ketsaraporn159@gmail.com Tel. 098-902-2262

Received: 17 April 2024, Revised: 20 June 2024, Accepted: 25 June 2024



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโลก และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการอันดับ 3 ของโลก (Feigin et al., 2022) โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทุกปีประมาณ 6.5 ล้านคน และเป็นโรคนี้อัตราประมาณ 12.2 ล้านคนทั่วโลก (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) ประเทศไทยนั้นพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560 ในปี 2565 มีอุบัติการณ์สูงถึง 330.72 ต่อแสนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออก โดยสมองขาดเลือดมีอุบัติการณ์ถึง 222.19 ต่อแสนประชากร หรือ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งพบบ่อยกว่าประมาณ 2.5 เท่าของโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) การเสียชีวิตยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่องทั้งจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2565) โดยอัตราการเสียชีวิตของปี 2565 สูงถึงร้อยละ 10.92 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในขณะที่อัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้นยังต่ำอยู่เพียงร้อยละ 7.36 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ซึ่งพบบ่อยประมาณร้อยละ 80 ในประเทศไทย (Suwanwela, 2014) เกิดจากการขาดเลือดแบบเฉียบพลันตามบริเวณที่เส้นเลือดเส้นนั้นไปเลี้ยง นานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อสมองบริเวณนั้นและเกิดอาการที่สอดคล้องกับบริเวณการทำงานของเนื้อสมองส่วนนั้นๆ ตั้งแต่อาการอ่อนแรง มองเห็นไม่สมบูรณ์ หน้าเบี้ยว

สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้พบได้หลายสาเหตุ เช่น ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดสมองโดยตรง (Thrombotic stroke) หรือลิ่มเลือดที่เดินทางมาจากส่วนอื่นของร่างกายและมาอุดตันในหลอดเลือดสมอง (Embolic stroke) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการอุดตัน ซึ่งเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 13.5 ใน 30 วันแรกหลังป่วย (Zhang et al., 2020) และโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 ภายในเวลา 1 ปี (Moraes et al., 2023) การรักษาและการพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ครบคลุม โดยเฉพาะการรักษาที่ทันเวลานั้นทำให้มีโอกาสดัลดอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของอาการของโรคได้ (Moraes et al., 2023)

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นระยะวิกฤต และการเชื่อมรอยต่อของการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) เป็นหัวใจสำคัญในการลดภาระทางสาธารณสุขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยขับเคลื่อนผ่านตัวชี้วัดของ แผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service plan) ทั้งสองระยะ การดูแลระยะกลาง (ระยะที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่) ที่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาล จนถึงชุมชน โดยมีเป้าหมายคือ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

ก่อนครบ 6 เดือน (กองบริหารสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็น โรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ (ระดับ M1) ทำหน้าที่ เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในเขตสายใต้ ของจังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุมในอำเภอจอมทอง อำเภอดอยหล่อ อำเภอสอด และอำเภอมก๋อย อำเภอดอยเต่า อำเภอแม่แจ่ม รวมถึงเขตรอยต่อ จังหวัดใกล้เคียง เช่น จังหวัดลำพูน และจังหวัด แม่ฮ่องสอน รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับ การรักษาในโรงพยาบาลตาม Service plan ของโรค หลอดเลือดสมอง จัดระบบการรับผู้ป่วยตามแบบ Stroke fast tract การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) จัดให้มีระบบหอผู้ป่วย ICU stroke, Stroke unit care และหอผู้ป่วย Intermediate care รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน ตามแผนยุทธศาสตร์ ของจังหวัด และแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล จอมทอง มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม ให้ดีขึ้นมากที่สุด มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่พยาธิ สภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย ตลอดจนการส่งเสริม ให้ญาติเข้ามาช่วยดูแล เพื่อเป็นการเตรียมพร้อม ผู้ป่วยและญาติ (พีรดา สมพันธ์, 2567) การพยาบาล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่ซับซ้อนและ มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต หรือเกิดความพิการของ ร่างกาย พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญขั้นสูงในการปฏิบัติและ การตัดสินใจ มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้น จากภาวะวิกฤต ภายหลังผู้ป่วยรอดพ้นภาวะวิกฤต

แล้ว อาการทางระบบประสาทจะยังไม่ฟื้นตัวคืนก ต้องมีการดูแลในระยะรอยต่อภายหลังการเจ็บป่วย เฉียบพลันที่เรียกว่าการดูแลระยะกลางต่อเนื่องจน ครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนเพื่อ ฟื้นฟูศักยภาพผู้ป่วยและลดภาระการเจ็บป่วย รวมทั้ง เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและญาติ (พีรดา สมพันธ์, 2567) ในช่วงรอยต่อนี้การนำหลักการทางพยาบาล และแนวทางปฏิบัติตั้งแต่การวางแผนการจำหน่ายโดย ประยุกต์ตามหลัก DOMETHODS มาใช้ในการเชื่อม ต่อไปยังสหวิชาชีพในชุมชนจะทำให้เกิดการดูแลแบบ องค์กรรวม ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิผลเปรียบเทียบกับ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่าย DOMETHODS นั้นมีประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ป่วยและ ญาติ การวิจัยในประเทศไทยก่อนหน้านี้พบว่า สามารถ ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ ยังพบประโยชน์กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลางได้แก่ ช่วยเพิ่มความรู้ในการดูแล มาตาม นัต และลดความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมี นัยสำคัญ (พีรดา สมพันธ์, 2567; กนกวรรณ ช่างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์ และจินตนา อาจสันเทียะ, 2563)

การศึกษาความแตกต่างและวิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษาของผู้ป่วย 2 กรณี (Comparative case study) ตามประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการ แสดง การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล ในระยะเฉียบพลัน และการดูแลระยะกลาง เพื่อ นำไปสู่ความเข้าใจและมองเห็นแนวทางการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาด เลือดแบบองค์กรรวม

การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงลึก

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงลึก ผู้ศึกษาได้นำเสนอเป็นตารางเปรียบเทียบในด้านประวัติการ

เจ็บป่วย อาการและอาการแสดง รวมทั้งการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงและการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)
ดัชนีมวลกาย	22.89	20
ผู้ดูแล	สามีและลูกสาว 2 คน	ลูกชายและลูกสะใภ้
วันที่เข้ารับ	11 มกราคม 2567 ถึง 19 มกราคม 2567 (8 วัน)	3 ตุลาคม 2566 ถึง 8 ตุลาคม 2566 (5 วัน)
รักษาใน	20 มกราคม 2567 ถึง 21 มกราคม 2567 (2 วัน)	
โรงพยาบาล	(โรงพยาบาลฮอด)	
อาการนำส่ง	ปากเปื่อย น้ำลายไหล ร่างกายช็อกซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น 2 ชั่วโมง	ซึมลงมา 5 ชั่วโมง
ประวัติความ	2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบว่าปากเปื่อย	3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล: เวียนศีรษะ หน้ามืด
เจ็บป่วยปัจจุบัน	ด้านซ้าย พูดไม่ชัด น้ำลายไหล และ แขนขาอ่อนแรง ด้านซ้ายมากกว่าเดิม คนไข้ตื่น รู้ตัวตลอด ไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลฮอด ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาล จอมทอง (Last seen normal 5 ชั่วโมงก่อน)	ตาลาย คลื่นไส้ ไม่อาเจียน 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ซึมลง นอนตลอด พูดน้อยลง
ประวัติความ	ปฏิเสธประวัติผัดตด	ปฏิเสธประวัติผัดตด
เจ็บป่วยในอดีต	สถานะเดิม สามารถ เดินได้ ช่วยเหลือชีวิตประจำวัน ตนเองได้ตามปกติ มีอ่อนแรงซีกซ้ายอยู่เดิม ประมาณ Grade 3	มีประวัติเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน สถานะเดิม สามารถ เดินได้ ช่วยเหลือชีวิตประจำวัน ตนเองได้ตามปกติ
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2549 โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 ปี 2561 ครั้งที่ 2 ปี 2562) ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว รับประทาน warfarin โรคลมชัก (Epilepsy) จากระยะโรคในสมอง	โรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2553 ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ตั้งแต่ปี 2556 รับประทาน warfarin ภาวะไตวายเรื้อรัง ระดับ 3
ประวัติการแพ้	แพ้ยา tramadol ไม่มีแพ้อาหาร	ปฏิเสธประวัติแพ้ยา หรือแพ้อาหาร
ยาและอาหาร		
การใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่	ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่
ประวัติเจ็บป่วย	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
ในครอบครัว		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงและการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)
อาการและ อาการแสดงทาง ระบบประสาท	อาการการพูดผิด (Dysarthria) สูญเสียเส้นรอยระหว่างจมูกและปากด้านซ้าย ตาเอียงไปทางขวา พลักกล้ามเนื้อ ด้านขวาเกรด 5 ด้านซ้ายเกรด 0 (เดิมเกรด 3 ด้านซ้าย) ละเวนด้านซ้าย (Left neglect) Gag reflex ปกติ คะแนน NHISS 20	การตอบสนองช้า เส้นรอยระหว่างจมูกและปากปกติ ไม่มีตาเอียงไปด้านใด พลักกล้ามเนื้อ ด้านขวาเกรด 5 ด้านซ้ายเกรด 3 Gag reflex ปกติ ไม่มีข้อมูลการประเมิน ลานสายตา และ NIHSS
การตรวจ วิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการ	CBC : ปกติ BUN Cr : ปกติ Electrolyte : K 3.13 (มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ) LFT : ปกติ PT 15.8, INR : 1.45 (Subtherapeutic) UA : ปกติ DTX stat : 148 mg% EKG : atrial fibrillation Chest X-ray : ปกติ Lipid profile: LDL 135 mg/dl (มีภาวะ LDL สูง กว่าเกณฑ์)	CBC : ปกติ BUN Cr : มี Creatinine เพิ่มขึ้น เป็น 1.71 (baseline เดิม 1.3) Electrolyte : ปกติ LFT : ปกติ PT 42.6 , INR : 3.79 (Supratherapeutic) UA : ปกติ DTX stat : 90mg% EKG : atrial fibrillation Chest X-ray : ปกติ Lipid profile : ปกติ
ผลตรวจสมอง ด้วย เครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ (CT brain)	- Encephalomalacic change at right frontal lobe and parasagittal right frontoparietal region - Few old lacunar infarctions at both basal ganglia	- Rather ill-defined hypodense lesion in cortex and subcortical white matter of right occipital lobe, probably acute to subacute infarction - Well defined-hypodense lesion in bilateral basal ganglia and bilateral external capsule, probably old infarct
การวินิจฉัย	Acute cerebral infarction (Right middle cerebral artery และ anterior cerebral artery) Recurrent stroke	Acute cerebral infarction (Right occipital lobe)



การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาพบความแตกต่างของสาเหตุการเกิดโรค แม้ว่าทั้งสองจะมีปัจจัยเสี่ยงคล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศหญิง ที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน แต่รายที่ 1 พบความเสี่ยงในการควบคุมระดับความดันโลหิตและการกินยา Warfarin ไม่สม่ำเสมอ พบค่าแข็งตัวของเลือดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อาจทำให้มีลิ่มเลือดในหัวใจจากการเต้นผิดจังหวะ หลุดออก (สนับสนุนจากการอุดตันครั้งละหลายเส้นพร้อมกัน) และเกิดอุบัติเหตุทางหลอดเลือดสมองซ้ำเป็นครั้งที่ 3 พร้อมกันที่เส้นเลือดสมองใหญ่ทั้ง 2 เส้น ตำแหน่ง Middle cerebral artery (MCA) และ Anterior cerebral artery (ACA) ในขณะที่รายที่ 2 นั้นเกิดขึ้นครั้งแรก (อาจเป็นครั้งแรกที่มีอาการ) เมื่อพิจารณาตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดร่วมกับผล CT scan พบว่าพยาธิสภาพทั้งหมดเป็นตำแหน่งรอยต่อ Border zone ซึ่งตรงกับลักษณะของ Water shed infarct ตำแหน่งที่เป็นปลายเส้นเลือดของ 2 เส้นเลือดแดงหลัก เมื่อหลอดเลือดขนาดเล็กส่วนปลายแข็งตัว ก็จะทำให้เลือดส่วนปลายไปเลี้ยงไม่พอ (Mechtouff et al., 2021) ในรายนี้เกิดขึ้นที่ตำแหน่งระหว่าง Posterior cerebral artery (PCA) และ MCA ซึ่งจะส่งต่อการขาดเลือดที่บริเวณ Occipital lobe ดังนั้นพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคในรายนี้ไม่ได้เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหัวใจเหมือนรายแรก (ระดับการแข็งตัวของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์) แต่เป็นภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและอุดตันจากความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานกว่า 14 ปี ร่วมกับการมีภาวะไตวายเรื้อรัง บ่งชี้ถึงความเสื่อมของเส้นเลือดอื่นๆ

พยาธิสภาพและอาการแรกรับนั้นแตกต่างกันตามตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บจากการขาดเลือด แม้กรณีที่ 1 การบาดเจ็บของสมองกว้างกว่ากรณีที่ 2 แต่อาการของทั้งสองกรณีศึกษามีภาวะความรู้สึกตัวลดลงทั้งคู่ โดยกรณีที่ 1 นั้นความรู้สึกตัวลดลงเนื่องมาจากการบาดเจ็บวงกว้างของ Large vessel occlusion (คะแนน NIHSS ที่สูง) ส่วนกรณีที่ 2 นั้นมีเรื่องของอายุมากเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงมีความรู้สึกตัวลดลงมากเมื่อเทียบกับการตำแหน่งที่อุดตันบริเวณ Occipital สำหรับอาการอ่อนแรงข้างซ้ายนั้นชัดเจนในกรณีที่ 1 เนื่องจากเป็นตำแหน่งของเนื้อสมองที่เกิดพยาธิสภาพโดยตรงทำให้ Motor power grade 0 พร้อมทั้งมีภาวะพูดลำบากต่างๆ ที่เข้าใจภาษา การเคลื่อนไหวของตาผิดไปจากแนวปกติไปด้านขวา และละเลยด้านซ้ายไปด้วย ซึ่งเป็นอาการชัดเจนของการอุดตัน MCA อีกทั้งการอุดตัน ACA นั้นยังส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหากลืนปัสสาวะ ขณะที่กรณีที่ 2 นั้นเกิดการบาดเจ็บที่ Occipital lobe จากการอุดตันของเส้นเลือดที่แตกออกมาจาก Posterior cerebral artery (PCA) สามารถพบอาการอ่อนแรงซีกซ้ายได้ (Grade 3) ส่งผลต่อเส้นประสาทและกล้ามเนื้อตาที่ทำให้การมองเห็นผิดปกติ การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และการเคลื่อนไหวร่วมด้วย

จากความแตกต่างของพยาธิสภาพ และสภาวะทางร่างกายที่แตกต่างกันของกรณีศึกษาทั้งสองราย ทำให้โอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโอกาสการเสียชีวิตแตกต่างกัน เกิดความแตกต่างในการรักษา และการวินิจฉัยทางการพยาบาลซึ่งแสดงเปรียบเทียบในตารางที่ 2 โดยมีเป้าหมายเดียวกันในการกู้คืนการไหลเวียนของเลือดมาที่เนื้อสมองให้ได้มากที่สุด ในระยะเฉียบพลัน ดังนี้



ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)	บทวิเคราะห์
การ รักษา	1. การ hydration NSS 1000 ml IV rate 60 ml/hr 2. การควบคุมความดันให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามระยะของโรค Monitor BP q 4 hr keep BP > 220/120 หลังจากนั้นวันที่ 4 ของการรักษา Nicardipine 20 mg + NSS 80 ml ivdrip 5-75 ml/hr keep BP < 140/90 โดยเพิ่มยาลดความดัน Carvedilol (12.5) 1/4 เม็ด เข้า เย็น หลังอาหาร Amlodipine (10) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า 3. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด Monitor Blood sugar level q 8 hours, keep < 80mg% 4. ปรับระดับยา Warfarin เพิ่ม dose ยา warfarin 5. ให้ยากันชัก Dilantin 100 mg IV q 8 hr 6. ยาอื่นๆ Atorvastatin (40) 1 เม็ด หลังอาหารเย็น Elixir KCL 30 ml 1 ครั้ง NG feed BD(1:1) 350 ml 4 feeds ตามด้วยน้ำ 50 ml/feeds	1. การ hydration NSS 1000 ml IV rate 60 ml/hr 2. การควบคุมความดันให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามระยะของโรค Monitor BP q 4 hr keep BP>220/120 3. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด Monitor Blood sugar level q 8 hours, keep < 80mg% 4. ปรับระดับยา Warfarin Hold ยา warfarin เดิม และปรับ ขนาดลดลง 5. ยาอื่นๆ Vitamin K 2 mg oral via NG Simvastatin (20) 1/2 เม็ดก่อนนอน NG feed เข้า BD (1:1) 270 ml 5 feeds ตามด้วยน้ำ 50 ml/feeds	ทั้งสองกรณีศึกษา ไม่เข้าเกณฑ์การ ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rTPA) เนื่องจากเมื่อนับจากเวลาที่พบ เห็นว่าปกติ อาจมาช้ากว่า 3 ชั่วโมง หลังมีอาการ และแม้ว่าผู้ป่วยทั้งสอง คนจะเข้ามารับการรักษาได้รวดเร็วก็ตาม ผู้ป่วยทั้งสองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้ยาสูง ดังนี้ กรณีที่ 1 แม้จะ เข้าเกณฑ์ในการได้ยา และยืนยันโดย CT scan ว่าเป็น Ischemic stroke แต่ เมื่อพิจารณาถึงขอบเขตที่เนื้อสมองได้รับ บาดเจ็บนั้น เป็นบริเวณกว้าง Multilobar infarction (hypodensity >1/3 cerebral hemisphere) อีกทั้งยังมีการ ได้ยาละลายลิ่มเลือด Warfarin และประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เดิม ส่วนกรณีที่ 2 นั้น มาช้ากว่าระยะเวลา ที่ควรได้รับยา และตรงกับข้อห้ามของ การได้ยาหลายข้อ ได้แก่ การได้รับยา ละลายลิ่มเลือดที่มี IHR>1.7 พร้อม ภาวะเสี่ยงต่อการเลือดออกสูงและอายุ มาก (วิทยาลัยแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ ประเทศไทย, 2020; Powers et al., 2019) การรักษาเบื้องต้นของผู้ป่วย หลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด ทั้งสองกรณีทำเหมือนกัน คือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อ hydration คงระดับความดันโลหิตที่สูง BP>220/120 (hold ยาลดความดันของ ผู้ป่วย) ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า



ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)	บทวิเคราะห์
			94 ระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม ให้ในกรณีนี้ 2 (Powers et al., 2019) เพื่อให้เกิดเลือดไปเลี้ยงสมองมาก ที่สุดลดการบาดเจ็บของสมอง โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรก นอกจากนี้ยังมีการปรับระดับยา Warfarin เกือบในเลือด และให้ยา กันชักเฉพาะในกรณีนี้ 1 เป็นสิ่งที่ จำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากประวัติชัก เดิมของผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้อง
การ วินิจฉัย ทางการ พยาบาล	1. เสี่ยงต่อภาวะระดับความรู้สึกตัว ลดลง และมีโอกาสเกิดภาวะความ ดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ระบบ ทางเดินปัสสาวะ และภาวะปอด อักเสบจากการสำลัก 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอัน เนื่อง จากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่ เกิดขึ้น 4. ภาวะไตวายฉับพลัน 5. มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่อง จากการเคลื่อนไหวของร่างกาย บกพร่อง 6. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 7. เสี่ยงต่อการที่จะมีหัวใจเต้นผิด จังหวะ	1. เสี่ยงต่อภาวะระดับความรู้สึกตัว ลดลง 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ระบบ ทางเดินปัสสาวะ และภาวะปอด อักเสบจากการสำลัก 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอัน เนื่อง จากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่ เกิดขึ้น 4. ภาวะไตวายฉับพลัน 5. มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่อง จากการเคลื่อนไหวของร่างกาย บกพร่อง 6. เลือดออกผิดปกติ 7. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย	สิ่งที่เหมือนกันในระยะเฉียบพลันผู้ป่วย สองกรณีนี้ คือ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง และ มีปัญหาเรื่องการกลืนส่งผลให้เกิดปอด ติดเชื้อได้ง่าย เกิดโอกาสเป็นแผลกดทับ จากการติดเชื้อ และโอกาสเกิดไตวาย เฉียบพลันจากการที่ระบบไหลเวียนไป เลี้ยงไตไม่เพียงพอซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่ มักพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Powers et al., 2019) ดังนั้น (1) <u>การ พยาบาลที่จำเป็นพื้นฐานในสองกรณีนี้</u> ได้แก่ 1) ประเมินอาการและอาการแสดง ของผู้ป่วยและระดับความรู้สึกตัว สังเกต และตรวจสอบสัญญาณระบบประสาท ของผู้ป่วยทุกๆ ชั่วโมง หากพบว่า คะแนนการตอบสนองต่อการกระตุ้น ลดลงเท่ากับหรือมากกว่า 2 คะแนน



ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)	บทวิเคราะห์
			ควรรีบแจ้งให้แพทย์ทราบทันที จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศาเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index 2) ดูแลเฝ้าระวังการสำลักอาหาร หลังจากผ่านช่วงแรกทั้งดื่มน้ำดอาหาร แพทย์ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก โดยจัดทำศีรษะสูงทุกครั้งเวลาให้อาหารเหลว 3) ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการเข้ารับการรักษา ให้ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างสงบ หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วย หรือการกระตุ้นผู้ป่วยให้มากที่สุด จัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ หลังจากผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นให้เร็วที่สุด ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ดูแลและสอนญาติทำ Passive exercise และวิธีการให้อาหารเหลว พุดคุยสื่อสารทำความเข้าใจ คลายความกังวลให้แก่ญาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติมีความพร้อมในการตัดสินใจในภาวะวิกฤต สำหรับการวินิจฉัยอื่นๆ ทางพยาบาลอื่น ๆ นั้นมีความแตกต่างกันตามความเสี่ยงในสองกรณีตามพยาธิสภาพและภาวะสุขภาพเดิมของผู้ป่วย นอกจากความเสี่ยงในการเลือดออกผิดปกติในกรณีที่ 2 ที่มากกว่านั้น ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับสมองขาดเลือดนั้นพบมากในกรณีที่ 1 เนื่องจากสมองที่ได้นับบาดเจ็บจากการขาดเลือดนั้นเป็นวงกว้าง การตายของเนื้อเยื่อมากๆ นั้นมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนเรื่องสมองบวมและการกดทับก้านสมองได้



ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)	บทวิเคราะห์
			มากกว่า (2) การพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice) เข้ามามีบทบาทในผู้ป่วยทั้งสองรายเนื่องจากมีความซับซ้อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการที่ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเนื่องจากการเจ็บป่วย 1) นำหลักการ Synergy Model ที่เน้นการประสานความสามารถของพยาบาลกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สื่อสารที่ชัดเจนและเปิดกว้างกับญาติผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค และทางเลือกในการดูแลต่างๆ synergy model ของ AACN (American Association of Critical-Care Nurses, 2017) 2) จัดทำแผน Advance Care Planning (ACP) ทำการอภิปรายร่วมกันเพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทบทวนและปรับปรุงตามความต้องการและสถานะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และ ช่วยในการจัดทำเอกสาร ACP ที่ระบุความปรารถนาในการดูแลในระยะ End of life (EOL) รวมถึงการรักษาแบบประคับประคองและการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยชีวิต
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังจากการเข้ารับการรักษา	- ใช้ 38.6 วันที่ 2 หลังจากนอนโรงพยาบาล สรุปในเวชระเบียนว่าสาเหตุไม่ได้ ได้ให้ยาฆ่าเชื้อแบบออกฤทธิ์กว้าง ครอบคลุม การเพาะเชื้อในเลือด ไม่ขึ้นเชื้อ	- ภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับ ภาวะไตวายเรื้อรังเดิม ทำการ รักษาโดยการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ และติดตามปริมาณสารน้ำเข้า ออกให้เหมาะสม	วิเคราะห์สาเหตุและทำความเข้าใจการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกรณีนี้ 1 นั้นพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนตามระยะของโรค ดังนี้ 1. ใช้ (day 2) ภาวะแทรกซ้อนใช้พบได้บ่อย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ส่วนหนึ่งไม่สามารถหา

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)	บทวิเคราะห์
	- หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Supraventricular tachycardia วันที่ 3 หลังจากนอนโรงพยาบาล ได้รับยา Amiodarone 150 mg IV drip in 30 mins/ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง และ monitor EKG - ซีมลง E1V2M5 วันที่ 5 หลังจากนอนโรงพยาบาล CT Brain: ซ้ำพบ Hyperdense lesion at right MCA and ACA territory, Brain edema. Midline shift and hemorrhagic transformation ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ และการผ่าตัด	- ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ทำการติดตามสีของปัสสาวะ อย่างใกล้ชิด และปรับระดับยา Warfarin ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม	สาเหตุการติดเชื้อได้ประมาณร้อยละ 14.8 เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของสมองโดยตรง (Wästfelt, Cao & Ström, 2018) การมีไข้สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และขนาดของการขาดเลือดสามารถเกิดได้ภายในไม่กี่ชั่วโมง หลังการขาดเลือด (De Jonge, Wallet & Van der Worp, 2019) ซึ่งรายนี้เกิดในระยะประมาณ 1 วัน จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การมีไข้พบได้บ่อย นอกจากนี้ การมีไข้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตบนั้นยังเป็นตัวทำนายถึงโอกาสการเสียชีวิตที่มากกว่า (De Jonge et al., 2019) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเดิมในประเทศไทยบอกถึงการพบการติดเชื้อในปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยที่ทำให้เกิดไข้ในผู้ป่วยโรคนี้ (Wästfelt et al., 2018) ทำให้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อที่ออกฤทธิ์กว้าง Ceftazidime 2 grams IV ทุก 8 ชั่วโมง 2. หัวใจเต้นผิดจังหวะ (day3) ผลจากการติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่องนั้นทำให้พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้รวดเร็ว และให้ยาควบคุมจังหวะด้วย Amiodarone ได้ทันเวลา ป้องกันการเสียชีวิตด้วยหัวใจเต้นผิดจังหวะในผู้ป่วยรายนี้ได้ ภาวะ Supraventricular Tachycardia (SVT) นี้จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)	บทวิเคราะห์
			เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ที่มีพยาธิสภาพอยู่ที่สมองข้างขวาเป็นหลัก โดยเฉพาะบริเวณแขนงของ MCA ที่มีส่วนเข้าไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ควบคุมเครือข่ายอัตโนมัติที่เป็นศูนย์กลางในการควบคุมการทำงานของระบบประสาทหัวใจและหลอดเลือด (Battaglini et al., 2020) (Akkad et al., 2016) 3. ซึมลง หรือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง (day5) ในรายนี้มี GCS ต่ำจาก 14 เหลือ 8 เป็นผลจากภาวะสมองบวมและมีการเปลี่ยนเป็นเลือดออกบริเวณสมองทำให้มีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะคล้ายกับการการศึกษาก่อนหน้านี้ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีรอยโรคที่ MCA ด้านขวาเหมือนกัน (วารุณี เข้มลา, 2566) ในกรณีนี้ควรมีการผ่าตัดระบายลดความดันเพื่อลดโอกาสการกดทับของเนื้อสมองที่ก้านสมองที่จะส่งผลถึงการควบคุมการหายใจ และจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้สามารถประคองการหายใจได้ การตัดสินใจทำ ACP โดยใช้ Synergy model ทำให้ตัดสินใจร่วมกันว่า ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ปั๊มหัวใจและไม่ผ่าตัดสมอง โดยยังยืนยันให้การรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ ซึ่งในรายนี้เกิดขึ้นในวันที่ 5 ซึ่งเป็นวันที่เนื้อสมองบวมมากที่สุดจากผลการศึกษาก่อนหน้านี้ (Thorén et al., 2017; Dostovic et al., 2016) การประคับประคองด้วยการดูแลทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจน และควบคุมความดันที่ตื้นนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้สามารถมีรู้สึกตัวเพิ่มขึ้นกลับมาได้ใน 2 วัน



ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)	บทวิเคราะห์
การประเมิน ด้านกายภาพ และการกลืน ก่อนกลับบ้าน	ผู้ป่วยตื่น มีภาวะสับสน ตอนนอนงอขา ทำตามสั่งได้บ้างระดับการตื่นยัง น้อยกว่า 15 นาทีต่อครั้ง มีภาวะกลืน ลำบาก แต่สามารถกลืนอาหารชนิด ชิ้นได้โดยไม่สำลัก ยังไม่ให้อิน อาหารทางปากเนื่องจากเสี่ยงสำลัก	ผู้ป่วยตื่น มีภาวะสับสน ตอนนอน งอขาทำตามสั่งได้บ้างสามารถนั่งได้ ไม่เกิน 5 นาที ยังทรงตัวได้ไม่ดี กลืนของเหลวลำบาก	ทั้งสองกรณียังมีสติสัมปชัญญะไม่ สมบูรณ์ สามารถสื่อสารทำตามสั่ง พอได้ มีข้อจำกัดในการทำ Active exercise ให้เน้นการทำ Passive exercise โดยนักกายภาพบำบัด และผู้ดูแล โดยควรมีการวางแผน และประเมินว่ามีการทำได้อย่าง ถูกต้อง ให้ความสำคัญกับการ ตัดสินใจของญาติโดยต้องคำนึงถึง ผลประโยชน์ของผู้ป่วยเสมอ
ความสามารถ ในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ขั้นพื้นฐานแบบ Barthel index	Barthel ADL index 3 คะแนน สามารถกลืนการขับถ่ายได้แต่กลืน ปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าวัน ละครึ่ง)	Barthel ADL index 1 คะแนน สามารถลุกจากที่นอนหรือจาก เตียงไปยังเก้าอี้ได้ แต่ต้องการคน ช่วยอย่างมากจึงนั่งได้ (Transfer: 1 คะแนน)	ทั้งสองกรณีจัดเป็นกลุ่มติดเตียง ผู้มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีการให้ ความช่วยเหลือโดยผู้ดูแลอย่าง ใกล้ชิด
	Barthel ADL index 4 คะแนน ก่อนกลับบ้านจากโรงพยาบาลรอด		

การวิเคราะห์โอกาสการเสียชีวิตเกิดขึ้นได้
มากกว่าในผู้ป่วยกรณีที่ 1 เนื่องจากปัจจัยกำหนดหลัก
3 อย่าง ได้แก่ 1) การอุดตันโดยสมบูรณ์ที่ตำแหน่ง
MCA สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า การอุดตัน
ของหลอดเลือดสมอง MCA มีโอกาสเสียชีวิตได้สูงและ
การทำนายโรคไม่ดี เป็นตำแหน่งที่มีโอกาสเสียชีวิตสูง
ถึงร้อยละ 78 ในโรงพยาบาลจากการศึกษาในประเทศ
ไต้หวัน (Ong et al., 2016) 2) การขาดเลือดเป็นวงกว้าง
มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตเฉียบพลัน
ได้มากในระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะโอกาสการมีความ
ดันกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีตำแหน่งของ
การอุดตันพร้อมกันทั้ง MCA และ ACA สอดคล้องกับ
คะแนน NIHSS ที่สูงพบการพยากรณ์โรคที่แย่กว่าใน
การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอุดตัน MCA เหมือนกัน (Ong

et al., 2016; Chen et al., 2019) และ 3) การกลับเป็น
โรคซ้ำ ในรายนี้เกิดซ้ำครั้งที่ 3 จากการศึกษาก่อนหน้านี้
พบว่าการเป็นซ้ำมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าการเกิดครั้งแรก
อย่างน้อย 7 เท่า (Aarnio et al., 2014) นอกจากนี้
ปัจจัยโรคประจำตัวเดิมที่เป็นโรคภาวะหัวใจห้องบนสั่น
พลิ้วที่ควบคุมระดับการแข็งตัวของเลือดได้ไม่ดีนั้น โรค
ความดันโลหิตสูง ทำให้มีโอกาเสียชีวิตได้สูงเช่นกัน
(Ong et al., 2016) และยังมีภาวะไข้ ที่ใช้เป็นตัวบ่งชี้
ถึงการพยากรณ์โรคไม่ดีอีกด้วย (De Jonge et al.,
2019) สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามพยาธิสภาพ
ของโรค ตามลำดับเวลาก็สามารถอธิบายได้ตาม
ตำแหน่งของพยาธิสภาพ (ตารางที่ 2) ได้แก่ มีไข้ในวันที่
2 จากหลอดเลือดสมองตีบรุนแรง เพราะการตายของ
เนื้อเยื่อหลายๆ ทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นได้ ไม่ได้

เกิดจากการติดเชื้ออื่นๆ (De Jonge et al., 2019) เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะในวันที่ 3 หลังมีอาการ เพราะรอยโรคอยู่ที่สมองฝั่งขวาที่เป็นตำแหน่งหลักของการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Battaglini et al., 2020) และการซึมลงในวันที่ 5 หลังมีอาการจากภาวะสมองบวมและเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ

เมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤตได้แล้วนั้น การเตรียมตัวผู้ป่วยและญาติ และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสารนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้และญาติมีความรู้ในการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างถูกต้องและครอบคลุม การพยาบาลระยะกลางจะทำได้เมื่อพยาบาลผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว มีเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เสาะหาผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับการทำ ACP ในทั้งสองกรณีเพราะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีก พร้อมให้ความรู้ในการลดปัจจัยการเกิดโรคเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำต่อไป เพื่อการเชื่อมต่อไปสู่การดูแลระยะกลางโดยสหวิชาชีพอย่างราบรื่น ได้ใช้เครื่องมือประเมินสถานะผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้แก่ เครื่องมือประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐานแบบ Barthel index (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวมด้วยหลักการ DOMETHODS ตัวย่อมาจาก D: Diagnosis; O: Objectives; M: Medications; E: Environment; T: Treatment; H: Health Education; O: Outpatient Care; D: Diet และ S: Support Systems มาเป็นเครื่องมือหลักในการวิเคราะห์บทบาทแบบองค์รวม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวางแผนการจำหน่าย และบทบาทการดูแลต่อเนื่องระยะกลางของสหวิชาชีพตามหลักการ DOMETHODS

หลักการ DOMETHODS	กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี)
D: Diagnosis	ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ	ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ
การระบุและยืนยันการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยอย่างชัดเจน	ตำแหน่งที่เกิดโรค การพยากรณ์โรคที่มีโอกาสเสียชีวิตได้สูงมาก และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะหากไม่ควบคุมปัจจัยการเกิดโรค	ตำแหน่งที่เกิดโรค การพยากรณ์โรคที่มีโอกาสเสียชีวิตได้สูง และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะหากไม่ควบคุมปัจจัยการเกิดโรค
O: Objectives	- Best supportive care เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ฝึกการเคลื่อนที่ข้างเดียว การนั่ง ฝึกการกลืนอย่างต่อเนื่อง และการหยิบของด้วยมือขวา เพื่อให้กล้ามเนื้อมีแรงมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด	- Best supportive care: เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและป้องกันภาวะแทรกซ้อน



ตารางที่ 3 การวางแผนการจำหน่าย และบทบาทการดูแลต่อเนื่องระยะกลางของสหวิชาชีพตามหลักการ DOMETHODS (ต่อ)

หลักการ DOMETHODS	กรณีศึกษา รายที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษา รายที่ 2 (หญิง 82 ปี)
	- Palliative care การดูแลช่วงปลายชีวิต ไม่มี การใช้ท่อช่วยหายใจ ไม่มีการทำการกด กระตุ้นหัวใจช่วยชีวิต และ รับประทานยาเต็มรูปแบบ วางแผนถึงสถานที่เสียชีวิตและความต้องการ - การดูแลระยะยาว เพราะมีแนวโน้มว่าผู้ป่วย จะไม่สามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ไม่ สมบูรณ์ เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อน แล้วหลายครั้ง และมีโอกาสสมองเสื่อม	- การดูแลระยะยาว เพราะผู้ป่วยมีอายุมาก และ มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ไม่สมบูรณ์ เป็นโรคเรื้อรังที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนแล้วหลายครั้ง และมี โอกาสสมองเสื่อม
M: Medications การจัดการเรื่องยาของ ผู้ป่วย	- ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของยา ฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงของยาแก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะการใช้ยา Warfarin และการบริหารยาที่ถูกต้อง รวมถึงชนิดของยาที่เพิ่มหรือลดประสิทธิภาพของ Warfarin ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงของการมีเลือดออกหรือทำให้เลือดแข็งตัวมากขึ้น ห้ามซื้อยาเกินเอง	
E: Environment การประเมินและปรับปรุง สภาพแวดล้อมที่บ้าน	- จัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมา ใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยและสะดวกสบาย โดยเน้นหลัก 1) การเข้าถึงและการเคลื่อนที่ เช่นทางเข้าออกและพื้นที่สะดวกสำหรับรถเข็นหรือไม่ 2) ความปลอดภัย ตรวจสอบว่าพื้นไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้ผู้ป่วยล้ม มีการติดตั้งราว จับในตำแหน่งที่ช่วยในการประคองตัวของผู้ป่วย 3) การใช้งานง่าย อุปกรณ์และสิ่งของที่จำเป็นควรอยู่ในที่ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยไม่ต้องยืดย	- จัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมา ใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยและสะดวกสบาย โดยเน้นหลัก 1) การเข้าถึงและการเคลื่อนที่ เช่นทางเข้าออกและพื้นที่สะดวกสำหรับรถเข็นหรือไม่ 2) ความปลอดภัย ตรวจสอบว่าพื้นไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้ผู้ป่วยล้ม มีการติดตั้งราว จับในตำแหน่งที่ช่วยในการประคองตัวของผู้ป่วย 3) การใช้งานง่าย อุปกรณ์และสิ่งของที่จำเป็นควรอยู่ในที่ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยไม่ต้องยืดย
T: Treatment การวางแผนการรักษา ต่อเนื่อง	1) การฟื้นฟูศักยภาพทางกาย: ฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยการฝึกการเคลื่อนที่ข้างเตียงและการนั่ง ฝึกการกลืนอย่างต่อเนื่อง และการหยิบของด้วยมือขวา การพลิกตัวป้องกันแผลกดทับ พัฒนา และส่งเสริมทักษะการสื่อสารของผู้ป่วย สอนวิธีการฝึกกลืนเนื้อเพื่อช่วยการพูด 2) การดูแลสุขภาวะทางใจ ทั้งของผู้ป่วยและญาติ: เนื่องจากมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ได้บ่อย กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ปลุกให้ลุกนั่ง พูดคุย เพื่อป้องกันปัญหาทางจิตใจ ความเหงา และการขาดการทำกิจกรรมในสังคม กระตุ้นให้ผู้ป่วย พูดคุย หรือสื่อสารกับญาติบ่อยๆ ให้เวลากับผู้ป่วยในการสื่อสารและสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน การสื่อสาร และประเมินทักษะการสื่อสารของครอบครัวและผู้ดูแลให้สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมี ประสิทธิภาพ 3) ป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ เช่น ควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เลือกอาหารการกินที่เหมาะสม กำกับติดตามควบคุมการทานยา Warfarin และยาอื่นๆอย่างถูกต้อง	



ตารางที่ 3 การวางแผนการจำหน่าย และบทบาทการดูแลต่อเนื่องระยะกลางของสหวิชาชีพตามหลักการ DOMETHODS (ต่อ)

หลักการ DOMETHODS	กรณีศึกษาครั้งที่ 1 (หญิง 65 ปี)	กรณีศึกษาครั้งที่ 2 (หญิง 82 ปี)
H: Health Education การให้ความรู้และ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยและญาติ	- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ดูแล - ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และช่องทางในการเข้าถึงบริการ	
O: Outpatient Care การวางแผนการดูแลแบบ ผู้ป่วยนอก	ส่งต่อ รพ.ฮอด ในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยระยะ กลางโดยการนอนในโรงพยาบาล 2 วัน หลังจาก นั้นทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลฮอด 1) ประเมิน Barthel ADL index ทุก 1-2 เดือน และการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องใช้ ระบบการดูแลระยะยาวร่วมกับทรัพยากรใน ชุมชนและระบบบริการสุขภาพ 2) ควรมีการเจาะเลือดติดตามค่า INR อย่าง สม่ำเสมอโดยมีค่าเป้าหมายระหว่าง 2.0 ถึง 3.0	การเยี่ยมบ้านในชุมชน ร่วมกับ PCC (Primary care team) หลังจำหน่าย 3 วัน และติดตาม ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD based program) ที่โรงพยาบาลจอมทอง 1) ประเมิน Barthel ADL index ทุก 1-2 เดือน และการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องใช้ ระบบการดูแลระยะยาวร่วมกับทรัพยากรใน ชุมชนและระบบบริการสุขภาพ 2) ควรมีการเจาะเลือดติดตามค่า INR อย่าง สม่ำเสมอโดยมีค่าเป้าหมายระหว่าง 2.0 ถึง 3.0
D: Diet การให้คำแนะนำเกี่ยวกับ โภชนาการและการ รับประทานอาหาร	- เตรียมการให้อาหารผู้ป่วยทางสายยาง สอนการเตรียมอาหารปั่นผสม และการทดสอบความเข้าใจ ของผู้ดูแลในการให้อาหารทางสายยาง - ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม การป้องกันการสำลักอาหาร - หลีกเลี่ยงประเภทอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีเกลือสูง เป็นต้น	
S: Support Systems การจัดหาการสนับสนุน และทรัพยากรที่จำเป็น	- สนับสนุนการใช้เครื่องมือพิเศษในการสื่อสาร เช่น การใช้สื่อแผ่นภาพสื่อสาร การใช้บัตรคำ (จับรูปภาพให้ดู) การใช้ภาษาท่าทางและภาษามือ เป็นต้น - เตรียมเตียงผู้ป่วยและที่นอนลมที่บ้าน เพื่อลดโอกาสการเกิดแผลกดทับ - วางแผนดูแลผู้ป่วยประจำวันร่วมกับสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแลและความต้องการของผู้ป่วย - วางระบบการสื่อสารส่งต่อ ข้อมูล อาการ ผลการดูแลเบื้องต้นอย่างเป็นระบบระหว่างญาติและ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย	



เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เข้าสู่วินิจฉัยและระยะกลาง พบผลลัพธ์ของการรักษา แตกต่างกันโดยกรณีศึกษาครั้งที่ 1 หลังจากออกจาก โรงพยาบาล 1 สัปดาห์ (1 กุมภาพันธ์ 2567) ลงพื้นที่ เยี่ยมบ้านโดยทีม IMC ร่วมกับนักกายภาพบำบัด พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (E4V5M6) ถามตอบรู้เรื่องตอบซ้ำๆ มี อ่อนแรงแขนขาซีกซ้าย (Motor power grade 0) Barthel ADL index เท่ากับ 5 (เพิ่มขึ้น 1 คะแนน) ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างให้อาหารออกเองไม่ได้ใส่กลับเข้าไป ใหม่ยังสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ประมาณ 1 ถ้วยต่อมื้อ มีสาลักเล็กน้อย ดื่มน้ำได้ นอนหลับพักผ่อน ได้ ไม่มีสับสน ทรงตัวปรับเตียงให้มีการพองได้ ยังเดินไม่ได้ เป้าหมายทางการฟื้นฟู คือ ให้องค์ความสามารถในการ เคลื่อนไหว ป้องกันไหล่ติด ให้คำแนะนำในการกระตุ้น กล้ามเนื้อ กระตุ้นการกลืน การจัดทำที่ถูกต้องในการ ป้อนอาหาร และคำแนะนำด้านโภชนาการเยี่ยมบ้าน ประเมินในอีก 2 สัปดาห์พบว่า ADL ไม่เพิ่มขึ้น และ ผู้ป่วยเสียชีวิต 3 มีนาคม 2567 ที่บ้าน การเสียชีวิตที่ บ้านไม่มีการระบุทราบแน่ชัดถึงสาเหตุของการ เสียชีวิต มีโอกาสเกิดจากการสำลักและ ภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก จากการที่ไม่สามารถ ดูแลให้อาหารที่เหมาะสมตามความสามารถในการ กลืน ทั้งนี้การวางแผนร่วมกับญาติในการตั้งเป้าหมาย การรักษาร่วมกันตั้งแต่อ่อนจำหน่าย มีการสื่อสารทำ ความเข้าใจโรคตั้งแต่ต้น ส่งผลให้มีการเตรียมการ ตัดสินใจอย่างราบรื่นเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบพร้อมครอบครัว ในขณะที่ ในกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ติดตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม และส่งทำกายภาพบำบัดหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ โรงพยาบาล (24 ตุลาคม 2566) ติดตามค่า การแข็งตัวของเลือดพบว่า มีระดับเหมาะสม (INR

2.79) และการเยี่ยมบ้านโดยทีม IMC ร่วมกับนัก กายภาพบำบัด บันทึกว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (E4V5M6) ไม่ อ่อนแรง ถามตอบรู้เรื่อง แม้ต้องใช้เสียงดังในการ สื่อสาร ช่วยเหลือตนเองได้มาก ทานอาหารอ่อนได้ดี กลืนปัสสาวะเองได้ ไม่มีแนวโน้มซึมเศร้า (ประเมินคัด กรอง 2Q ไม่ผิดปกติ) ประเมิน ADL เท่ากับ 16 (เพิ่มขึ้น 15 คะแนน) หลังจากนั้นมีการติดตามนัดที่ โรงพยาบาลทุก 1 เดือน ประเมิน ADL ได้คะแนน สูงสุดเท่ากับ 18 ลูกชายและลูกสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลเรื่องการรับประทานยา ดังนั้น การดูแลโดยมี การวางแผนตั้งแต่ระยะแรกอย่างใกล้ชิด อย่างเป็นองค์ รวมของสหวิชาชีพ ช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ วิกฤต และจากการวางแผนต่อเนื่องรวมทั้งการดูแล ระยะกลางเข้ามามีส่วนสำคัญทำให้เกิดการพัฒนา ฟื้นฟูศักยภาพด้านสมองและกล้ามเนื้อได้ประสิทธิผลดี เห็นได้ชัดในกรณีที่ 2 ที่มีการเพิ่มขึ้นของระดับ ADL อย่างเห็นได้ชัดภายใน 2 สัปดาห์แรกและการที่อาการ ดีขึ้นในช่วงแรกของกรณีที่ 1 แม้จะเสียชีวิตภายหลัง

บทสรุป

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลัน ความสำเร็จของการรักษาและการพยากรณ์ ระยะวิกฤตมักขึ้นอยู่กับความสามารถในการฟื้นฟูการ ไหลเวียน การที่จะสามารถทำให้เกิดความสำเร็จของ การรักษาได้นั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้โรคนี้ อย่างรอบด้านเพื่อจัดการเกี่ยวกับการดูแลโรคสมอง ขาดเลือดอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ การเกิดโรคในแต่ละบุคคลที่มีความจำเพาะเจาะจง แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกรณีจะเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิด จังหวะ เหมือนกัน ก็สามารถเกิดจากสาเหตุที่ต่างกัน ได้ โดยการที่จะทราบความต่างของสาเหตุที่ทำให้เกิด การอุดตันในแต่ละคนได้นั้นต้องดูจากภาวะสุขภาพ

ของผู้ป่วยขณะนั้นๆ ความสามารถในการแข็งตัวของเลือด ความสามารถในการเกิดลิ่มเลือดในหัวใจที่จะทำให้มีโอกาสให้เกิดการหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดสมองหรือเกิดจากความเสี่ยงจากการที่หลอดเลือดแข็งจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดในระดับที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่เป็โรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ซึ่งตำแหน่งของพยาธิสภาพ จำนวนการอุดตัน และอาการแรกเริ่มจะเป็นตัวช่วยในการหาข้อสรุปด้านการวางแผนการรักษาและการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้โอกาสการเสียชีวิตและพิการขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ได้รับผลกระทบจากการอุดตัน โดยเฉพาะตำแหน่ง MCA ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านการเดินของหัวใจ อนุหภูมิร่างกาย ความดันในกะโหลกศีรษะจากการบวมของเนื้อสมองจากกลไกตอบสนองต่อการบาดเจ็บ ดังนั้นสิ่งเหล่านี้บ่งชี้ถึงการรักษา การวินิจฉัยทางการพยาบาล และจุดเน้นของการกำกับติดตามภาวะแทรกซ้อน การพิจารณาระยะของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทำให้สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลล่วงหน้าเพื่อลดความกังวล ไม่สบายใจ และเพื่อให้เกิดการเตรียมการล่วงหน้า นอกจากนี้สำหรับการพยากรณ์โรคนั้น พบว่าแย่กว่าและโอกาสเสียชีวิตมากกว่า ในผู้ป่วยที่กลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ขนาดของเนื้อที่การขาดเลือดกว้าง มีไข้ และภาวะแทรกซ้อนมากในระยะเฉียบพลัน การวางแผนการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นจำเป็นต้องเริ่มให้เร็วที่สุดตามความเหมาะสมของแต่ละกรณี แม้ว่าก่อนจำหนายนั้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ ยังมี ความหวังในการฟื้นตัวของอาการทางระบบประสาทอย่างมีนัยสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ดังนั้น การวางแผนการจำหน่ายแบบองค์รวมโดยประยุกต์จาก DOMETHODS ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับผู้ดูแล ตั้งแต่ความเข้าใจการวินิจฉัยโดยละเอียด ทราบถึงพยากรณ์โรค และตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกัน จนถึงพิจารณาไปถึงระบบสนับสนุนที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการทำงานสหวิชาชีพเชื่อมโยงไปชุมชนใกล้เคียง ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และแม้จะเสียชีวิต แต่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความสุขสมบูรณ์ ดังนั้นการเปรียบเทียบกรณีศึกษานี้ ทำให้เห็นความสำคัญของบทบาทพยาบาล ทักษะจำเป็น ความสามารถในการวางแผนรายบุคคล การเริ่ม ACP ให้เร็วที่สุดตามความเหมาะสม ความสำคัญการใช้เครื่องมือ DOMETHODS การต่อเนื่องของการรักษา และระบบสนับสนุนในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดได้ดี

ข้อเสนอแนะ

1. นโยบายของผู้บริหารควรมีการสอดรับและสนับสนุนกับแนวทางการพัฒนางานของบุคลากรเรื่องศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดและพื้นที่ข้างเคียง และจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนเป้าหมาย Service plan

2. ควรมีการจัดฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความรู้และความสามารถของบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง รวมถึงการอัปเดตข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้พยาบาลมีความสามารถในการวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และเป็นองค์รวม

3. ควรจัดทำแนวทางการดำเนินงานของ
เครือข่ายเพื่อการพัฒนาและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
อย่างรอบด้านทั้งในแง่ของการรักษาทางการแพทย์ การ
ดูแลทางจิตใจ การฟื้นฟูสภาพ และการให้คำปรึกษาแก่
ญาติ ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และวิถีชีวิต

4. ควรมีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาช่วยใน
การฟื้นฟูสมรรถภาพและเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและ

ประสิทธิภาพของการบริการ เช่น การใช้แอปพลิเคชัน
มือถือในการติดตามสุขภาพและการฟื้นฟู หรือการใช้
เทคโนโลยี Virtual reality เพื่อช่วยในการฝึกการ
เคลื่อนไหว การเยี่ยมบ้านหรือติดตามอาการผ่านการ
สื่อสารระยะไกล Telemedicine เพื่อเป็นกำลังใจ
ให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ช่างโรจน์, ละเอียต แจ่มจันทร์, และจินตนา อาจสันเทียะ. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการ
จำหน่ายตามแนวคิด M-E-T-H-O-D ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ, 12*(2). 230-239 [https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/
view/182436/167433](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/182436/167433)
- กรมควบคุมโรค. (2565). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้าง
ความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน*. กรมควบคุมโรค.
<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284&deptcode=>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL
index)*. [http://203.157.185.18/download/hosxp/HOSxP&HOSxP_PCU/เอกสารประกอบ/
แบบฟอร์มADL/แบบประเมินคัดกรองBathelADL.pdf](http://203.157.185.18/download/hosxp/HOSxP&HOSxP_PCU/เอกสารประกอบ/
แบบฟอร์มADL/แบบประเมินคัดกรองBathelADL.pdf)
- กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Vol. 1)*. <https://bit.ly/2H5fO1N>
- พิรดา สมพันธ์. (2567). *ประสิทธิผลโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ ความเครียดและความวิตกกังวลของ
ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลโซพิลย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (Vol.
0)*. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240221145146.pdf>
- วารุณี เข้มลา. (2566). การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาล
กาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(3), 136–146.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/267694/179443>
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2567). *แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือด
สมองตีบเฉียบพลันภายนอกโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ปี พ.ศ.2563*.
<https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000167/2563/km/260563.pdf>



- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566, 16 ธันวาคม). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. *Journal of Neurology*, 39(2), 39-46. Google. http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06%20Original%20Somsak%20Ubatkarn.pdf
- Aarnio, K., Haapaniemi, E., Melkas, S., Kaste, M., Tatlisumak, T., & Putaala, J. (2014). Long-term mortality after first-ever and recurrent stroke in young adults. *Stroke*, 45(9), 2670–2676. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.005648>
- Akkad, I., Kundu, S., Miller, A., Ramachandran, J., & Shetty, V. (2016). Acute stroke of the insular cortex leading to heart failure. *Journal of Medical Cases*, 7(3), 94-97. <https://doi.org/10.14740/jmc2426w>
- American Association of Critical-Care Nurses. (2017). AACN synergy model for patient care. American Association of Critical-Care Nurses. <https://www.aacn.org/nursing-excellence/aacn-standards/synergy-model>
- Battaglini, D., Robba, C., Lopes da Silva, A., dos Santos Samary, C., Leme Silva, P., Dal Pizzol, F., Pelosi, P., & Rocco, P. R. M. (2020). Brain–heart interaction after acute ischemic stroke. *Critical Care*, 24(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02885-8>
- Chen, B., Sun, Y., Wei, Z., & Zhang, Y. (2019). Long-term prognosis of patients with stroke associated with middle cerebral artery occlusion. Single-centre registration study. *Archives of Medical Science*, 18(5), 1199-1207. <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.87129>
- De Jonge, J. C., Wallet, J., & van der Worp, H. B. (2019). Fever worsens outcomes in animal models of ischaemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *European Stroke Journal*, 4(1), 29-38. <https://doi.org/10.1177/2396987318776421>
- Dostovic, Z., Dostovic, E., Smajlovic, D., & Avdic, O. (2016). Brain edema after ischaemic stroke. *Medical Archives*, 70(5), 339-341. <https://doi.org/10.5455/medarh.2016.70.339-341>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Mechtouff, L., Rasclé, L., Crespy, V., Canet-Soulas, E., Nighoghossian, N., & Millon, A. (2021). A narrative review of the pathophysiology of ischemic stroke in carotid plaques: a distinction versus a compromise between hemodynamic and embolic mechanism. *Annals of Translational Medicine*, 9(14), 1208–1208. <https://doi.org/10.21037/atm-20-7490>

- Moraes, M. de A., Jesus, P. A. P. de, Muniz, L. S., Costa, G. A., Pereira, L. V., Nascimento, L. M., Teles, C. A. de S., Baccin, C. A., & Mussi, F. C. (2023). Ischemic stroke mortality and time for hospital arrival: analysis of the first 90 days. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 57, 1-23. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0309en>
- Ong, C.-T., Sung, S.-F., Wong, Y.-S., Wu, C.-S., Hsu, Y.-C., Su, Y.-H., Li, C.-H., & Hung, L.-C. (2016). Risk factors for in-hospital mortality among ischemic stroke patients in Southern Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 10(2), 86-90. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.06.013>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke. *Stroke*, 50(12), 3331-3339. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, 16(1), 1. <https://doi.org/10.5853/jos.2014.16.1.1>
- Thorén, M., Azevedo, E., Dawson, J., Egido, J. A., Falcou, A., Ford, G. A., Holmin, S., Mikulik, R., Ollikainen, J., Wahlgren, N., & Ahmed, N. (2017). Predictors for cerebral edema in acute ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis. *Stroke*, 48(9), 2464-2471. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018223>
- Wästfelt, M., Cao, Y., & Ström, J. O. (2018). Predictors of post-stroke fever and infections: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurology*, 18(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1046-z>
- Zhang, R., Wang, Y., Fang, J., Yu, M., Wang, Y., & Liu, G. (2020). Worldwide 1-month case fatality of ischaemic stroke and the temporal trend. *Stroke and Vascular Neurology*, 5(4), 353-360. <https://doi.org/10.1136/svn-2020-000371>