

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย

อติยา เนตรสุวรรณ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินกรณีศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยในช่วงระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567 การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องผลจากกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นชายไทย อายุ 77 ปี มีอาการซึม พูดไม่ชัด และอ่อนแรงซีกซ้ายภายใน 1 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นชายไทย อายุ 77 ปี มีอาการเวียนศีรษะและอ่อนแรงซีกซ้ายแบบค่อยเป็นค่อยไป ถูกส่งตัวมารักษาหลังเกิดอาการ 4 ชั่วโมง ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และการประเมินเพื่อส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีสะเกษและให้ยาทั้ง 2 ราย แนวทางการพยาบาลมุ่งเน้นการเฝ้าระวังระบบประสาท ติดตามสัญญาณชีพ ควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้คำแนะนำแก่ญาติ หลังการรักษาพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 พ้นตัวได้เร็วกว่ารายที่ 2 เนื่องจากได้รับการรักษาเร็วกว่า ดังนั้น พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินที่รวดเร็วและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเกิดโรคซ้ำ

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: poppyhova@gmail.com

Nursing care of patient acute ischemic stroke at emergency department : Case study 2 case

Thitiya Netsuwan, B.N.S.¹

Abstract

This study presents a comparative analysis of nursing care for stroke patients in the emergency room, focusing on two cases admitted to Uthumphonphaisai Hospital between June 1, 2024, and August 31, 2024. The study utilized the five-step nursing process and relevant nursing theories to evaluate patient care and outcomes. The comparative case study revealed that Patient 1, a 77-year-old Thai male, presented with drowsiness, slurred speech, and left-sided weakness within one hour of symptom onset. He received thrombolytic therapy within three hours of onset. Patient 2, also a 77-year-old Thai male, experienced dizziness and progressive left-sided weakness and was transferred to the hospital four hours after symptom onset. He underwent a computed tomography (CT) brain scan and was subsequently referred to Sisaket Hospital for further evaluation and treatment. Standard nursing protocols were implemented in both cases, including neurological monitoring, vital sign assessment, blood pressure and blood sugar control, complication prevention, and caregiver education. Following treatment, Patient 1 exhibited a faster recovery compared to Patient 2, emphasizing the crucial role of early intervention in improving stroke outcomes. These findings highlight the importance of timely assessment and prompt treatment in emergency nursing care for stroke patients. Additionally, educating patients and caregivers about risk factor management, including hypertension, diabetes, and lifestyle modifications, is essential in preventing recurrent strokes.

Keywords: Nursing care, Stroke patients

¹ Registered Nurse, Professional level, Uthumphonphaisai Hospital, Sisaket Province E-mail: poppyhova@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก รองจากโรคมะเร็ง ทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของความพิการ พบได้ในทุกเพศทุกวัย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (2022) พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 101 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุก 3 วินาที ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 มีอัตราการเสียชีวิต 55.53 ต่อประชากรแสนคน

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรกสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ การดูแลพยาบาลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องเน้นการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน พร้อมให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ

จากสถิติของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย (2564-2567) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยปีละ 134 ราย และได้รับยา rt-PA เฉลี่ยปีละ 15 ราย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทีมพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่น่าสนใจเป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา 2 ราย
2. ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วิจัยทางการแพทย์ สืบค้นจาก Internet แล้วนำข้อมูลมาบูรณาการกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
3. ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยมีการวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน จนถึงจำหน่ายโดยให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสาน พร้อมทั้งติดตามแผนการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง
4. ระยะเวลาการศึกษา วันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน
5. สรุปกรณีศึกษา วางแผนการจำหน่าย ติดตาม และข้อเสนอแนะ
6. รวบรวมข้อมูลจัดทำรูปเล่มเป็นเอกสารทางวิชาการและนำเสนอหน่วยงาน

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 77 ปี อาชีพเกษตรกร โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2567 เวลา 06.23 น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ด้วยอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง หน้าเบี้ยว และพูดไม่ชัด ซึ่งเข้าได้กับภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ทีมแพทย์ให้การรักษาดูแลตามแนวทาง Stroke Fast Track และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ศรีสะเกษเพื่อรับ ยา

rt-PA หลังการรักษา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและได้รับการ
การจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน
2567

กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 77 ปี อาชีพเกษตรกร
โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่
อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 25
สิงหาคม 2567 เวลา 20.19 น. ผู้ป่วยเข้ารับการ
รักษาที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ด้วยอาการเวียน

ศีรษะ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง และพูดไม่ชัด ซึ่งเข้าได้
กับภาวะ โรคหลอดเลือดสมองตีบตีบแพทย์ให้การ
รักษาตามแนวทาง Stroke Fast Track และส่ง ต่อไป
ยัง โรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อรับยา rt-PA หลังการ
รักษาพบว่าผู้ป่วยฟื้นตัว แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
รุนแรง และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อ
วันที่ 30 สิงหาคม 2567

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

รายละเอียด	รายที่ 1	รายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	77 ปี	77 ปี
น้ำหนัก/ส่วนสูง	น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร	น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย	25.29	20.70
สถานภาพ	สมรส (ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก)	สมรส (อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ	เกษตรกร	เกษตรกร
สิทธิการรักษา	บัตรทอง (UC)	บัตรทอง (UC)
ภูมิลำเนา	จังหวัดศรีสะเกษ อ.อุทุมพรพิสัย	จังหวัดศรีสะเกษ อ.อุทุมพรพิสัย
ผู้ดูแลหลัก	บุตรชายและภรรยา	ภรรยาและบุตรชาย
วันที่เข้ารับการรักษ	4 มิถุนายน 2567	25 สิงหาคม 2567
	เวลา 06.23 น.	เวลา 20.19 น.
วันที่จำหน่าย	9 มิถุนายน 2567	30 สิงหาคม 2567
การวินิจฉัยโรค	Ischemic Stroke	Ischemic Stroke

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

รายละเอียด	รายที่ 1	รายที่ 2
อาการสำคัญนำส่ง	อ่อนแรงซีกซ้าย, พูดไม่ชัด, หน้าเบี้ยว	วิงเวียน, เหนื่อย, อ่อนแรงซีกซ้าย 20
โรงพยาบาล	20 นาทีก่อนมา	นาทีก่อนมา
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ตื่นนอนเวลา 05.00 น. และไปปั่น จักรยานในทุ่งนา ต่อมาเวลาประมาณ 06.00 น. ญาติพบล้มนอนอยู่ มีอาการ อ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว จึง รีบนำส่งโรงพยาบาล	เวลา 16.00 น. อาการปกติ ต่อมาขณะ นั่งฟังสวดอภิธรรม รู้สึกขาแขนซ้าย 20.00 น. มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ค่อยๆ ล้มลงด้านซ้าย พูดไม่ชัด จึงถูก นำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- DM, HT, Old CVA	- HT
ประวัติการแพ้ยา	- ไม่มีประวัติแพ้ยา - ดื่มน้ำสุราทุกวัน วันละ 30 ml/วัน - สูบบุหรี่ยวันละ 4-5 มวนต่อวัน นาน 20 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	- ไม่มีประวัติแพ้ยา - ไม่ดื่มสุรา - ไม่สูบบุหรี่
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	พ่อดีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือด
อาการและระดับคะแนน	รู้ตัวดี, พูดรู้ ลิ้นแข็ง, อ่อนแรงแขนซ้าย E4V5M6 NIHSS = 5 คะแนน	ง่วงซึม ตอบสนองช้า, พูดไม่ชัด E4V5M6 NIHSS = 5 คะแนน
Vital Signs	BT 36.7°C, RR 20, HR 100, BP 144/71 mmHg OsatRA98%	BT 36.7°C, PR 53, BP 177/82 mmHg OsatRA98%
การตรวจร่างกาย (PE)	pupil 3 mm, dysarthria (พูดไม่ชัด), Lt facial palsy (หน้าเบี้ยวซีกซ้าย), Motor: Lt Grade III/III	pupil 2 mm RTLB, moderate dysarthria (พูดไม่ชัดปานกลาง), ไม่มีอาการหน้าเบี้ยว, Motor: Rt Grade V, Lt Grade IV+
DTX	121 mg%	138 mg%
EKG	NSR, Rate 70 BPM	Sinus Bradycardia, Rate 53 BPM
CT Brain	ไม่พบรอยโรค Hyper/Hypodensity	ไม่พบ ICH (เลือดออกในสมอง) หรือ Large Infarction
การวินิจฉัยเบื้องต้น (IMP)	R/O Stroke Fast Track (SFT)	R/O Stroke Fast Track (SFT)
ระยะเวลาารวม	- มีอาการจนถึงโรงพยาบาล 20 นาที - คัดกรองจนถึงแพทย์ตรวจ 10 นาที - ส่ง CT-brain จนถึงผลออก 10 นาที - LAB จนถึงผลออก 15 นาที - refer SSKH 20 นาที รวมระยะเวลาตั้งแต่มีอาการมาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับการ refer เพื่อให้ยา (rt-PA) 75 นาที	- มีอาการจนถึงโรงพยาบาล 20 นาที - คัดกรองจนถึงแพทย์ตรวจ 15 นาที - ส่ง CT-brain จนถึงผลออก 10 นาที - LAB จนถึงผลออก 20 นาที - refer SSKH 25 นาที รวมระยะเวลาตั้งแต่มีอาการมาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับการ refer เพื่อให้ยา (rt-PA) 90 นาที

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
ระยะวิกฤติ	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล	
ปัจจัยต่อการเกิดโรค	โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว โดยมีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยชายอายุ 77 ปีทั้งสองราย ซึ่งอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ เพศชายมีแนวโน้มเสี่ยงสูงกว่าหญิง เนื่องจากฮอร์โมนเพศชายอาจส่งผลต่อความดันโลหิตและระบบไหลเวียนโลหิต	

ระยะวิกฤติ ปัจจัยต่อการเกิดโรค	<u>รายที่ 1</u> มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM), ความดันโลหิตสูง (HT), และประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเดิม (Old CVA) ซึ่งทำ <u>รายที่ 1 (ต่อ)</u> ให้มีโอกาสเกิดโรคซ้ำสูงขึ้น นอกจากนี้ น้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์เกินอ้วน (BMI = 25.95) อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและส่งผลต่อภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ผู้ป่วยยังมีประวัติการสูบบุหรี่วันละ 4 มวน เป็นเวลานานกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสารพิษในบุหรี่สามารถทำลายผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบและเกิดลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้น อีกทั้งการดื่มสุราทุกวัน วันละ 30 มิลลิลิตร อาจส่งผลให้ความดันโลหิตไม่คงที่และเพิ่มภาระให้แก่ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เนื่องจากมีโรคร่วมหลายอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีเพียงโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรค แนวทางการพยาบาลจึงมุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	<u>รายที่ 2</u> มีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าคือ มีเพียงโรคความดันโลหิตสูง (HT) เท่านั้น และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม น้ำหนักตัวที่ <u>รายที่ 2 (ต่อ)</u> ค่อนข้างต่ำ (53 กิโลกรัม) อาจบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันในร่างกาย
พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	- อ่อนแรงซีกซ้าย, พูดไม่ชัด, หน้าเบี้ยว 20 นาทีก่อนมา - ตื่นนอนเวลา 05.00 น. และไปปั่นจักรยานในทุ่งนา ต่อมาเวลาประมาณ 06.00 น. ญาติพบล้มนอนอยู่ มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว จึงรีบนำส่งโรงพยาบาล - อาการแรกรับรู้ตัวดี, พูดรู้ ลื่นแข็ง, อ่อนแรงแขนซ้าย E4V5M6 NIHSS = 5	- วิงเวียน, เหนื่อย, อ่อนแรงซีกซ้าย 20 นาทีก่อนมา - เวลา 16.00 น. อาการปกติ ต่อมาขณะนั่งฟังสวดอภิธรรม รู้สึกขาแขนซ้าย 20.00 น. มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ค่อยๆ ล้มลงด้านซ้าย พูดไม่ชัด จึงถูกนำส่งโรงพยาบาล - อาการแรกรับรู้ตัวดี, พูดรู้ ลื่นแข็ง, อ่อนแรงแขนซ้าย E4V5M6 NIHSS = 5

BT 36.7°C, RR 20, HR 100, BP 144/71 mmHg OsatRA98% pupil 3 mm, dysarthria (พูดไม่ชัด), Lt facial palsy (หน้าเบี้ยวซีกซ้าย),	BT 36.7°C, PR 53, BP 177/82 mmHg OsatRA98% pupil 2 mm RTLBE, moderate dysarthria (พูดไม่ชัดปานกลาง), ไม่มี
--	---

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	Motor: Lt Grade III/III DTX = 121 mg% EKG = NSR, Rate 70 BPM CT ไม่พบรอยโรค Hyper/Hypodensity	อาการหน้าเบี้ยว, Motor: Rt Grade V, Lt Grade IV+ DTX = 138 mg% EKG = Sinus Bradycardia, Rate 53 BPM CT ไม่พบ ICH (เลือดออกในสมอง) หรือ Large Infarction

การวิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองขาดออกซิเจนและเกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมอง ซึ่งอาจนำไปสู่อาการผิดปกติทางระบบประสาท เช่น อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย พูดไม่ชัด หรือสูญเสียความสามารถในการสื่อสาร ผู้ป่วยทั้งสองรายในกรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Stroke ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างกันในด้านพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงที่ส่งผลต่อแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม

อาการก่อนมาโรงพยาบาล ของผู้ป่วยทั้งสองรายมีความคล้ายคลึงกัน โดยมีอาการอ่อนแรงซีกซ้ายและพูดไม่ชัด ประมาณ 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม รายที่ 1 มีอาการหน้าเบี้ยว ซึ่งบ่งชี้ว่ามีผลกระทบต่อเส้นประสาทสมอง (Cranial Nerve) ขณะที่รายที่ 2 ไม่มีอาการหน้าเบี้ยว แต่เริ่มต้นด้วยอาการชาแขนซ้ายก่อนและค่อยๆ พัฒนาเป็นอ่อนแรงซีกซ้าย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการเกิดโรคที่ต่างกัน รายที่ 1 มีลักษณะของ อาการเฉียบพลัน และรุนแรงตั้งแต่แรกเริ่ม ในขณะที่รายที่ 2 มี อาการค่อยเป็นค่อยไป

เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน รายที่ 1 ยังคงรู้ตัวดี พูดรู้ ลื่นแข็ง และอ่อนแรงแขนซ้าย ส่วนรายที่ 2 มีอาการง่วงซึม ตอบสนองช้า และพูดไม่ชัด ซึ่งอาจสะท้อนถึง ระดับความรุนแรงของภาวะสมองขาดเลือด ที่แตกต่างกัน แม้ว่าทั้งสองรายจะมี คะแนน NIHSS เท่ากัน (5 คะแนน) แต่รายที่ 2 มีอาการของ ภาวะสมองขาดเลือดที่อาจลุกลามได้เร็วกว่า เนื่องจากมีระดับความรู้สึกตัวลดลง

คำสัญญาณชีพแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างที่สำคัญ รายที่ 2 มีระดับความดัน

โลหิตสูง (177/82 mmHg) และภาวะหัวใจเต้นช้า (Bradycardia, HR 53 BPM) ในขณะที่รายที่ 1 มีค่าความดันโลหิตปกติ (144/71 mmHg) และอัตราการเต้นหัวใจปกติ (HR 100 BPM) ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตมากกว่ารายที่ 1 และต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
	ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติอย่างใกล้ชิด จากการตรวจร่างกาย รายที่ 1 มีอาการหน้าเบี้ยวซีกซ้าย (Lt facial palsy) และอ่อนแรงแขนซ้ายระดับ Grade III/III ในขณะที่รายที่ 2 ไม่มีอาการหน้าเบี้ยว แต่มีอาการพูดไม่ชัดในระดับปานกลาง (moderate dysarthria) และอ่อนแรงซีกซ้ายระดับ Grade IV+ ซึ่งบ่งชี้ว่า รายที่ 1 มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองมากกว่า รายที่ 2 อย่างไรก็ตาม ทั้งสองราย ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองจากผล CT Brain ทำให้สามารถดำเนินการรักษาในแนวทางของ Ischemic Stroke ได้ จากการวิเคราะห์พยาธิสภาพและอาการของผู้ป่วยทั้งสองราย แนวทางการพยาบาลที่สำคัญคือ - เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท โดยใช้ NIHSS Score และ GCS Score เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว และติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างใกล้ชิด ควบคุมความดันโลหิต โดยเฉพาะในรายที่ 2 ซึ่งมีภาวะความดันโลหิตสูงมาก ควรได้รับการติดตามและปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสม - ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ และ EKG Monitoring อย่างใกล้ชิด เนื่องจากรายที่ 2 มีภาวะ Bradycardia ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและความสามารถในการควบคุม Stroke	
การรักษา	รายที่ 1	รายที่ 2
	- NSS 1000 ml V 80 ml/hr - LAB CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Prothrombin Time (PT), INR ,DTX - EKG 12 lead - CT brain (non-contrast) - Refer SSKH	- NSS 1000 ml V 80 ml/hr - LAB CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Prothrombin Time (PT), INR ,DTX - EKG 12 lead - CT brain (non-contrast) - Refer SSKH
	การวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการรักษาและนำไปสู่การพยาบาล จากการวิเคราะห์แนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองราย พบว่าได้รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐานที่เหมือนกัน ได้แก่ การให้สารน้ำ NSS 1000 ml V 80 ml/hr การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, BUN, Creatinine,	

Electrolyte, PT, INR, DTX) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 Lead) การตรวจ CT Brain (non-contrast) และการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ (Refer SSKH) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทั้งสองรายจะได้รับแนวทางการรักษาที่เหมือนกัน แต่สภาพร่างกายและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการพยาบาลต้องมีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (HT) และเบาหวาน (DM) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง การให้สารน้ำจึงต้องเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน (fluid overload) ที่อาจทำให้เกิดอาการบวมหรือภาวะหัวใจล้มเหลวได้ นอกจากนี้ ควรติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลสูงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหัวใจเต้นช้า (Bradycardia, HR 53 bpm) และความดันโลหิตสูง (BP 177/82 mmHg) ซึ่งอาจส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น การเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจและการควบคุมความดันโลหิตจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) มีความสำคัญในการประเมินสภาพร่างกาย โดยเฉพาะค่าการแข็งตัวของเลือด (PT, INR) ที่ต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) มีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยในกรณีของผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า จำเป็นต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพและอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือหมดสติ การตรวจ CT Brain (non-contrast) ในผู้ป่วยทั้งสองรายพบว่าไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง (ICH) หรือรอยโรคที่บ่งชี้ภาวะสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ (Large Infarction) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ ดังนั้น ควรมีการติดตามระดับความรู้สึกตัว (GCS Score) และการทำงานของระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ สำหรับการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ (Refer SSKH) แนวทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยต้องติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการส่งต่อ นอกจากนี้ ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ เช่น การจัดเตรียมเอกสารทางการแพทย์และรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้แพทย์สามารถดำเนินการรักษาต่อได้อย่างรวดเร็วและมี	

ประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะได้รับแนวทางการรักษาแบบเดียวกัน แต่เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงและภาวะร่างกายที่แตกต่างกัน จึงต้องมีการดูแลเฉพาะราย รายที่ 1 ต้องเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ในขณะที่รายที่ 2 ต้องเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตสูง แนวทางการพยาบาลจึงต้องเน้นการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท การติดตามภาวะสมดุลของของเหลว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ต่อ

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อน Refer (ที่ห้องฉุกเฉิน - ER)	
	1. เสี่ยงต่อการลดลงของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 3. เสี่ยงต่อการสำลัก (Aspiration) จากการทำงานของกลไกการกลืนผิดปกติ 4. วิดกกังวลเนื่องจากการเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน	
	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่าง Refer (ในรพพยาบาล)	
	5. เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนโลหิตระหว่างการเคลื่อนย้าย 6. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) ระหว่าง Refer	

ผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้เป็นชายไทยอายุ 77 ปี จำนวน 2 ราย ประกอบอาชีพเกษตรกร โดยผู้ป่วยรายแรกมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนผู้ป่วยรายที่สองมีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งสองรายมีอาการที่เข้าได้กับภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) และถูกนำส่งโรงพยาบาลอาการและการดูแลเบื้องต้นผู้ป่วยรายแรกมีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย หน้าเบี้ยว และพูดไม่ชัด ขณะที่ผู้ป่วยรายที่สองมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนแรงซีกซ้าย และพูดไม่ชัด โดยทั้งสองรายได้รับการตรวจ CT Brain และพบว่าไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง ทีมพยาบาลดำเนินการตามแนวทาง Stroke Fast Track ด้วยการเฝ้าระวังอาการ ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที และเตรียมส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ศรีสะเกษ การส่งต่อและการรักษาระหว่างการส่งต่อ

ทีมพยาบาลได้เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสำลัก และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่สองที่พบภาวะหัวใจเต้นช้า (HR 53 bpm) จึงต้องมีการติดตาม EKG อย่างใกล้ชิด เมื่อถึงโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับยา rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) และได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาการฟื้นฟูและติดตามอาการหลังจากอาการคงที่ ทีมพยาบาลวางแผนการจำหน่ายและติดตามอาการผ่าน Stroke Clinic โดยเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การทำกายภาพบำบัด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสองรายสามารถฟื้นตัวได้ โดยรายที่หนึ่งมีการฟื้นตัวเร็วกว่ารายที่สองเนื่องจากได้รับการรักษาเร็วกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชน ควรมี แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สำหรับการดูแลผู้ป่วย Stroke ตั้งแต่ระยะวินิจฉัย การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้กระบวนการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. ผลักดันให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้ยา rt-PA ได้แม้ว่า รพช. จะมีเครื่อง CT Scan แล้ว แต่ยังต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยา rt-PA ที่ รพศ. ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ควรมีการพัฒนาและสนับสนุนการอบรมแพทย์และพยาบาลให้สามารถให้ยา rt-PA ได้ในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีความพร้อม ลดระยะเวลาการส่งต่อและเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวของผู้ป่วย
3. ปรับปรุงระบบส่งต่อให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ควรมี ระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบ Fast Track ที่มีการประสานงานล่วงหน้าระหว่าง รพช. และ รพศ. เพื่อลดระยะเวลารอคอย และจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรพช.ให้พร้อมสำหรับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/stroke>.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย*. สำนักพิมพ์กรมการแพทย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยและแนวทางการดูแล*. สืบค้นจาก <https://www.moph.go.th>.
- กาญจนา วัฒนานนท์. (2564). *ประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชนสู่โรงพยาบาลศูนย์*. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(3), 72-88.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2563). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการรักษา*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล ศรีสว่าง. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: หลักการและแนวปฏิบัติ*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลรามารามิ. (2566). *ภาวะหลอดเลือดสมองตีบและแนวทางการรักษา*. สืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/ramachannel>.

4. เสริมสร้างทักษะและศักยภาพของบุคลากรทาง การแพทย์ ควรจัด อบรมบุคลากรพยาบาลใน รพช. ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย Stroke เฉียบพลัน ฝึกการใช้ NIHSS Score อย่างแม่นยำ และการเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อนของ rt-PA เพื่อให้สามารถจัดการ ภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. พัฒนาแนวทางการฟื้นฟูและติดตามผลในระยะ ยาว ควรมี ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน รพช. อย่างเป็นระบบ โดยสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักการบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและลด ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเคลื่อนไหวจำกัด

6. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ควรมี โครงการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองและการดูแลหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพ ลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำและ เพิ่มคุณภาพชีวิต

- โรงพยาบาลศิริราช. (2566). ความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาทอง.
สืบค้นจาก <https://www.sirirajhospital.com>.
- วีรชัย สุขสำราญ. (2566). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วย
rtPA. วารสารการแพทย์ไทย, 51(1), 25-40.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางการใช้ยา rtPA ในโรงพยาบาลชุมชน.
สืบค้นจาก <https://www.stroke.or.th>
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตีบเฉียบพลัน. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- สมชาย พัฒนาวงค์, และคณะ. (2565). ผลของการใช้ยา rtPA ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(2), 45-60.
- สมฤดี ภูมิชัย. (2566). แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้ยา rtPA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วารสารวิชาชีพพยาบาลและสุขภาพ, 45(2), 15-30.
- อัมพร วิริยะกุล, และคณะ. (2565). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับยา rtPA.
วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 38(4), 33-47.