

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Stroke Patients at Somdet Hospital, Kalasin Province: Case Study of 2 Patients.

(Received: August 8,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

เพียงขวัญ สาชะรุ่ง¹
Peangkhwan Sacharung¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา: พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยวัย 70 ปี อาการสำคัญ เดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แกร็บรู้สึกตัวดี มีประวัติเคยดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันร่วมด้วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่องขาดยามา 4 ปี ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มาพบแพทย์ได้เร็วได้รับการรักษาผ่านช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย จนระยะฟื้นฟู/วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านต่อในชุมชน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี อาการสำคัญ ชักเกร็ง นอนซืม ถามไม่ตอบ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติดื่มสุราประจำ มีโรคเบาหวาน โรคเมเร็งกล้ามเนื้อ โรคไตร่อยดร่วมด้วย เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 2 ครั้ง 2565 แกร็บแพทย์วินิจฉัย Hypoglycemia ต่อมาผู้ป่วยนอนซม ปลุกตื่น แต่ไม่พูด มีแขนขาซ้ายอ่อนแรง พบว่า มีภาวะเลือดออกเฉียบพลันบริเวณด้านขวาในสมองส่วนกลาง แพทย์วินิจฉัย Cerebral infarction , Respiratory failure แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาล

ABSTRACT

This is a case study investigating and comparing the nursing care of two stroke patients admitted to Somdet Hospital. Data collection tools included medical record reviews, family interviews, and direct observation. The data were analyzed to compare risk factors for stroke, pathophysiology, signs and symptoms, medical treatments, nursing problems and diagnoses, and discharge planning with continuity of care.

Study Findings: Case Study 1: A 70-year-old Thai male presented with an unsteady gait, left-sided limb weakness, and dysarthria, occurring one hour prior to hospital arrival. Upon admission, he was conscious and alert. His medical history included chronic alcohol consumption, smoking, hypertension, and dyslipidemia. He reported poor medication adherence, having discontinued his antihypertensive and lipid-lowering medications four years prior. He was diagnosed with acute ischemic stroke and received prompt management via the Stroke Fast Track protocol. Nursing care was provided according to the physician's treatment plan and the patient's specific needs, leading to recovery and discharge planning. Interdisciplinary team collaboration was initiated for home visits and follow-up in the community.

Case Study 2: A 63-year-old Thai male presented with generalized seizures and lethargy, unresponsive to verbal stimuli for 30 minutes prior to hospital arrival. He had a history of chronic alcohol consumption, diabetes mellitus, muscle cancer, and thyroid disease. He had experienced two previous ischemic strokes in 2022. Upon admission, the physician initially diagnosed hypoglycemia. Subsequently, the patient remained lethargic but

¹ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

arousable, with left-sided limb weakness and no verbal response. An acute right-sided intracranial hemorrhage was identified in the midbrain. The final diagnoses were cerebral infarction and respiratory failure. The patient received intravenous thrombolytic therapy (rt-PA) and was transferred to Srinagarind Hospital for further management.

Keyword: Stroke, Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โดยเกิดจากการแตกหรือตีบตันที่หลอดเลือดสมอง นำไปสู่การเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมองหรือรอยโรคสมองตาย รวมถึงเมื่อเกิดโรคแล้วมักมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ จากรายงานขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก¹ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านราย เสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านรายต่อปี

สำหรับประเทศไทยในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง จากข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 355,213 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2566 ที่มีผู้ป่วย 350,934 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 47,275 ราย เพิ่มขึ้นมากที่สุดในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบผู้เสียชีวิตแล้ว 35,116 ราย (เฉลี่ยวันละ 100 คน) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รายงานจำนวนอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2565-2567 จำนวน

209.72, 220.45 และ 255.68 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โรงพยาบาลสมเด็จเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ได้เปิดให้บริการช่องทางด่วน Stroke Fast Track มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) มีบริการให้ยา rt-PA จากสถิติปี 2565-2567 มีผู้ป่วยจำนวน 81, 151 และ 258 รายตามลำดับ การเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track ทันเวลา 4.5 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 42.01, 33.33 และ 31.66 ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS คิดเป็นร้อยละ 14, 22.22 และ 30 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA ปี 2566 จำนวน 9 ราย ปี 2567 จำนวน 22 ราย และเปิดให้บริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการดูแลรักษาในปี 2566 - 2567 จำนวน 181 และ 227 ราย โดยรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอสมเด็จ และอำเภอใกล้เคียงคือ อำเภอสามชัย คำม่วง และนามน จากที่กล่าวมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานสากล โดยเฉพาะการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย และอัตราความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ดังนั้น ผู้เขียนจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : รายงานกรณี ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องแบบองค์รวมและต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ.2568 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาล สมเด็จ จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการ

แสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	70 ปี	63 ปี
สถานภาพ	สมรส (ภรรยาเสียชีวิต)	โสด
อาชีพ	เกษตรกร	รับจ้าง
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ผู้ดูแล	บุตรชาย	พี่ชาย
วันที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล	22 กุมภาพันธ์ 2568	28 กุมภาพันธ์ 2568
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	3 มีนาคม 2568	2 มีนาคม 2568
การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke	1. Hypoglycemia 2. Cerebral infarction

ข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล	แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมง 18 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล	ชักเกร็ง นอนซึม غامไม่ตอบ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ขณะนั่งเล่นอยู่ ลูกขึ้นแล้วเดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ญาตินำส่ง รพ. ประเมินสภาพผู้ป่วย GCS E4V5M6	กู้ชีพให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งไม่ทราบระยะเวลา หลังชัก มีอาการนอนซึม غامไม่ตอบ กู้ชีพศรีสมเด็จนำส่ง รพ.ประเมินสภาพผู้ป่วย GCS E4V2M6
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว	-โรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 16 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลสมเด็จ -โรคไขมันในเลือด (DLP) เป็นมา 9 ปี ส่งรับยา รพ. สด.สร้างแก้ว -ขาดยา 4 ปี รับประทานครั้งสุดท้าย 14/2/63 -เคยขาดยาความดันโลหิตตอนปี 2554-2557 ประมาณ 2 ปี	-โรคเบาหวาน เป็นมา 7 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลสมเด็จ -โรคเมื่อก่อนเนื้อ รักษาที่ รพ.ราชวิถี CA Lymphnode ติดต่อม Thyroid จึงได้ Thyroidectomy, Thyroid Old -9/2/63 มีประวัติลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ก่อนมา รพ. 2 ชั่วโมง 45 นาที ส่งตัวไปรักษาที่ รพ.ภาพสินธุ์ -26/2/65 ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ก่อนมา รพ. 3 ชม. 25 นาที ไปรักษาที่ รพ.ภาพสินธุ์ (Stroke)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ประวัติการแพทย์และสารเสพติดต่าง ๆ	ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ดื่มสุรา ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และ การใช้สารเสพติด
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
ปัจจัยเสี่ยง	เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด ชาติยามา 4 ปี	เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม เบาหวาน, มะเร็งก้อนเนื้อ, Thyroid, Old CVA => dysarthria, Stroke
อาการแรกเริ่ม	เพศชาย อายุ 70 ปี แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมง 18 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4V5M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power Rt gr 5 Lt gr 5, No facial palsy, อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส, ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 195/91 มิลลิเมตรปรอท, Oxygen saturation 99%, เจาะ DTX แรกเริ่ม 125 mg%	เพศชาย อายุ 63 ปี ชักเกร็ง นอนซึ่ม ถามไม่ตอบ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล GCS E4V2M6, อุณหภูมิร่างกาย 35 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 117/73 มิลลิเมตรปรอท, Oxygen saturation 100%, เจาะ DTX แรกเริ่ม 33 mg%
อาการบนหอผู้ป่วย	-วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 00.10 น. ผู้ป่วย มีภาวะความดันโลหิตสูง รู้สึกตัว ถามตอบไม่รู้เรื่อง GCS E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power Rt gr 1 Lt gr 5, No facial palsy, หลังส่ง CT brain scan	วันที่ 1 มีนาคม 2567 เวลา 07.30 น. ผู้ป่วยนอนซึ่ม ปลุกตื่น ไม่พูด มีแขนซ้ายอ่อนแรง Motor Power Grade 2, DTX 97 mg% GCS E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power Rt gr 4 Lt gr 3, No facial palsy, หลังส่ง CT brain scan ผู้ป่วยซึมลง ไม่พูด GCS E3V1M5

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา เป็นการศึกษเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2568 (10 วัน) ได้รับการวินิจฉัย Ischemic Stroke ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 (3 วัน) ได้รับการวินิจฉัย 1) Hypoglycemia 2) Cerebral infarction, 3) Respiratory failure

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	-ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี -มีประวัติเคยดื่มสุรา -มีประวัติเคยสูบบุหรี่ -โรคความดันโลหิตสูง -โรคไขมันในเลือดสูง -ชาติยามา 4 ปี -เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ -ค่า BMI 24.26	-ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 63 ปี -ดื่มสุรา -ไม่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ -โรคเบาหวาน -โรคมะเร็งก้อนเนื้อ ติดต่อม Thyroid -มีประวัติผ่าตัด Thyroidectomy -เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 2 ครั้ง -ค่า BMI 19.70	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชาย สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว ดื่มสุรา และเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง“เพศ”เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดหลอดเลือดสมอง จากรายงานในต่างประเทศพบว่า เพศชายมีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.25 เท่า เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของเพศชายจะน้อยกว่าเพศหญิง อีกทั้งยังมีปัจจัยเสี่ยงเสริม คือ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และเมื่อ“อายุ”มากขึ้นอวัยวะและระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมสภาพลง ความเสี่ยงก็จะสูงขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ส่วน“การดื่มสุรา”ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ก็เป็นความเสี่ยงประการหนึ่งของหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว การดื่มสุราในปริมาณมากๆ นั้นส่งผลให้เกิด “อ่อนตัว” เลือดออกง่ายแต่หยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือดในสมอง ประกอบกับ ความดันโลหิตสูงและภาวะเลือดออกง่าย

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
			จากการดื่มสุรา ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองย่อมต้องมากขึ้น และเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้จึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ เป็น“โรคความดันโลหิตสูง”มาประมาณ 16 ปีขาดการกินยาต่อเนื่องมาประมาณ 4 ปี จากข้อมูลดังกล่าวภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดเสื่อมเนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย พบว่ากว่า 35-73 % ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ประกอบกับผู้ป่วยเป็น “โรคไขมันในเลือดสูง” แต่ขาดการกินยาต่อเนื่องมาประมาณ 4 ปี การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดง Carotid และภาวะไขมันในเลือดสูงที่สะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดขบวนการลำเลียงเลือด ส่งผลให้เกิดการตีตันของหลอดเลือดแดงในสมอง กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ เป็น“โรคเบาหวาน” ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาasเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานถึง 1.5 เท่า และมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานเกือบ 2 เท่า โรคเบาหวานทำให้ร่างกายไม่สามารถย่อยอาหารได้อย่างเหมาะสม และร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินหรือใช้ประโยชน์จากอินซูลินได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้กลูโคส (น้ำตาล) สะสมในเลือด เมื่อเวลาผ่านไประดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจส่งผลเสียต่อหลอดเลือดในร่างกาย ส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพยาบาลต้องเฝ้าระวังและให้ความรู้รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง
2. พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	<u>แรกรับ</u> เดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมง 18 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล - E4V5M6, RTLBE motor power แขนขาขวา Gr5 แขนขาซ้าย Gr5 - CT brain ผลพบว่า	<u>แรกรับ</u> ชักเกร็ง นอนซึม ถามไม่ตอบ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล - E4V2M6 power แขนขาไม่มีข้อมูลการประเมิน - ภาวะ Hypoglycemia <u>บนหอนอน</u> - นอนซึม ปลุกตื่น ไม่พูด มีแขนขาอ่อนแรง - Motor Power Grade 2	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการแสดงแรกรับแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 เดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด จากผล CT brain ผลพบว่าภาวะสมองเสื่อมตามวัย ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พยาบาลให้ดูแล 1) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสื่อสารทางวาจาเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง พยาบาลควรประเมินความสามารถในการสื่อสารและสอนวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมให้กับญาติและผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อไม่เกิดภาวะสมองขาดเลือดซ้ำอีก จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา และบริหารยาลดความดัน

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	- Hypodense lesion at right thalamus, probly acufe infarction. - Old lacunar infarctions at right basal ganglia and left cerebellum. - Dilatation of ventricular system, probably ydrocephalus. - มีภาวะความดันโลหิตสูง รู้สีกตัว غامตอบไม่รู้เรื่อง - E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power แขนขวา Gr0 แขนซ้าย Gr5 - CT brain ผลพบว่า -Aging brain atrophy.	- E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power แขนขวา Gr4 แขนซ้าย Gr3 - หลังส่ง CT brain scan ผู้ป่วย ซึมลง ไม่พูด - E3V1M5 - CT brain ผลพบว่า -Suggested acute right MCA territory cerebral infarction wit hyperdense right MCA sign (ASPECT8) -No evidence of intracranial hemorrhage. - Werlge-shape, well-defined hypodense lesions at right temporal lobe, left frontal lobe, and right cerebellar hemisphere; favored chronic cerebebral infarction. -Aging brain atrophy.	โลหิตตามแผนการรักษา 3) ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกำลังกล้ามเนื้อลดลง เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ ควรพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ทำกายภาพบำบัด สอนการออกกำลังกายที่เหมาะสม 4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง ประเมินการกลืนก่อนให้อาหาร จัดทำนอนศีรษะสูงขณะให้อาหาร ฝึกการกลืน และแนะนำญาติในการให้อาหารอย่างปลอดภัย กรณีศึกษารายที่ 2 ชักเกร็ง นอนซึม غامไม่ตอบ หลังนอนโรงพยาบาลมีแขนซ้ายอ่อนแรง CT brain ผลพบว่า ภาวะกล้ามเนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณ MCA ด้านขวาร่วมกับอาการ MCA หนาแน่นเกินปกติบริเวณขวา (ASPECT 8) : ภาวะสมองขาดเลือดเรื้อรัง ไม่พบเลือดออกในสมอง และภาวะสมองเสื่อมตามวัย ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 พยาบาลต้องให้ดูแลอย่างใกล้ชิด ร่วมกับต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทและประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และให้การพยาบาลได้ทันเวลาเมื่ออาการทางระบบประสาทเลวลง 7 ถ้า GCS ลดลง >2 หรือ motor movement ลดลงหรือ motor movement ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ทันทีที่ต้องประเมิน GCS อย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวดเร็ว เผื่อระวังภาวะ
3. การรักษา	-0.9 % NSS 1000 ml Rate 80 cc/hr. -DTX, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT/INR, CXR, EKG, CT brain -Consult PT -ASA (V) 1x1 pc. -Atrovastatin 40 mg. 1x1 hs. -Folic acid 1x1 pc. -Admit Stroke unit <u>Admit วันที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง</u> -0.9 % NSS 1000 ml Rate 80 cc/hr. -Amlodipine 5 mg. 1x1 pc. ให้ Amlodipine 5 mg. 1 tab stat. และ Hydralazine 25 mg. 2 tab stat. <u>Admit วันที่ 3</u> - มีภาวะความดันโลหิตสูง รู้สีกตัว غامตอบไม่รู้เรื่อง - E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power แขนขวา Gr0 แขนซ้าย Gr5	-DTX,CBC,BUN, Cr, Electrolyte, PT/INR, CXR,Ca,Mg,PO4 -50% glucose 50 ml. iv slowly. -10 % DN/2 1000 ml/80 cc/hr. -Vit B1 100mg. iv OD x 3 day. -Admit Stroke unit <u>Admit วันที่ 2 ผู้ป่วยซึมลงแขนซ้ายอ่อนแรง</u> - CBC,BUN, Cr, Electrolyte, PT/INR, Ca,Mg,PO4,DTX -CT brain -ให้ยา rt-PA total 42.2 mg (bolus 4.2 mg, IV drip 38 mg in 1 hr.) -on ETT no.7 depth 22 cm. - Retain Foley's catheter. -Refer โรงพยาบาลศรีนครินทร์	พร้อมออกซิเจน และเตรียมความพร้อมในการส่งต่อการให้การรักษารโรคหลอดเลือดสมองประเภท Ischemic Stroke มี 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม Antiplatelet aggregation หรือ Platelet inhibitors ซึ่งเป็นการต้านการแข็งตัวของเลือด โดยในกลุ่มนี้ กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการให้ยา Aspirin 2) กลุ่ม Anticoagulants ในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่ได้พิจารณาให้ยากลุ่มดังกล่าว 3) กลุ่ม Thrombolysis agents หรือ Fibrinolysisagents เช่น Recombinant tissue plasminogenactivator (rt-PA) ซึ่งในกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการพิจารณาได้รับยาดังกล่าว ในการรักษาส่งสำคัญการพยาบาลการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลันต้องประเมินผู้ป่วยว่าไม่มีภาวะ cardiac arrest การดูแลเรื่องการหายใจให้โล่งให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดระดับออกซิเจนในเลือดได้ 97% ระวังการอุดตันทางเดินหายใจจากภาวะต่าง ๆ จัดศีรษะให้ตรง การดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดเตรียมผู้ป่วยให้ได้รับยา Recombinant tissue plasminogenactivator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ ขณะให้ยาเผื่อระวังอาการภาวะความดันโลหิตในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) และมีการเผื่อระวังโดยประเมินระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale ทุก 15 นาทีในระหว่างที่ให้ยา rt-PA จบครบ 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 30 นาทีต่อเนื่องจนถึงโรงพยาบาลที่ส่งต่อ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	-0.9% NSS 500 ml load. (Total 1,500) - CT brain, Trop T (0,1,3), EKG 12 leads, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT/INR, CaMg, PO4, FT3, FT4, TSH, Lactate -Dobutamine (2:1) iv titrate 5 ml/hr. - CT brain ผลพบว่า Aging brain atrophy.		
4. ปัญหาและ ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูงจากภาวะ สมองขาดเลือด 2. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบ จากการสำลัก เนื่องจากความ รู้สึกตัวลดลง 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อสับจากภาวะ กล้ามเนื้อ แขนขาชาอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกขยับ แขนขาได้เอง 4. การเคลื่อนไหวบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อน แรงครึ่งซีก 5. การสื่อสารบกพร่องพูดไม่ชัด 6. วิดกกังวล เนื่องจากการ เคลื่อนไหวบกพร่อง ขาดความรู้ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การ คาดการณ์ในอนาคตเกี่ยวกับ ชีวิต 7. เตรียมความพร้อมจำหน่าย ตามหลัก M-E-T-H-O-D	1. เสี่ยงต่อการภาวะเนื้อเยื่อสมอง ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ 2. มีโอกาสเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมอง ขาดเลือด 3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการชักซ้ำ เนื่องจากประวัติชักและพยาธิ สภาพที่สมอง 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อสับจากภาวะ กล้ามเนื้อ แขนขาชาอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกขยับแขน ขาได้เอง 5. การเคลื่อนไหวบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อน แรงครึ่งซีก 6. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจาก เลือดออกในสมองเนื่องจากได้รับ ยา rt-PA	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ความ แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีปัญหา ซับซ้อนและรุนแรงมากกว่ากรณีศึกษาครั้งที่ 1 อาจเกิดจาก ปัจจัยหลายด้านที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับพฤติกรรม การ ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ร่วมกับการมีโรคประจำตัว และ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ กรณีศึกษาครั้งที่ 1 1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสื่อสารทางวาจา เนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง ด้วยการประเมินความสามารถใน การสื่อสาร ว่าผู้ป่วยมีเข้าใจภาษา ความสามารถในการพูด การ แสดงสีหน้าท่าทาง จัดวิธีการสื่อสารสนทนาและคนใช้สื่อสาร ด้วยวิธีการที่เหมาะสม 2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการไหลเวียนเลือดไป เลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด เพิ่มขึ้น ด้วยการประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จัดทำ นอนศีรษะสูง 30 องศา บริหารยาลดความดันโลหิตตาม แผนการรักษา 3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เนื่องจากกำลังกล้ามเนื้อลดลง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่ เกิดแผลกดทับ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำนอนที่ เหมาะสม ทำกายภาพ ฝึกการทรงตัว และสอนการออกกำลังกายที่ เหมาะสมแก่ญาติ 4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจาก ระดับความรู้สึกตัวลดลง เพื่อป้องกันการสำลัก ประเมินการ กลืนก่อนให้อาหาร จัดทำนอนศีรษะสูงขณะให้อาหาร ดูด เสมหะตามความเหมาะสม พร้อมฝึกทักษะการกลืนให้กับ ผู้ป่วย และแนะนำการให้อาหารอย่างปลอดภัยแก่ญาติ กรณีศึกษาครั้งที่ 2 1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะระดับความรู้สึกตัวลดลงจาก ความผิดปกติของสมอง ซึ่งอาจอาการซึ่ลง ไม่ตอบสนอง ต่อสิ่งกระตุ้น ต้องมีการประเมิน GCS อย่างต่อเนื่อง 2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหยุดหายใจ เนื่องจากกลไกการควบคุมการหายใจถูกระงับ ผู้ป่วยอาจ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
			มีการหายใจไม่สม่ำเสมอ ต้องเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง การขีด เขียน ประเมิน V/S ทุก 1 ชั่วโมง Monitor Oxygen Saturation $\geq 95\%$ ดูแล Suction ให้ผู้ป่วยลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานมีประสิทธิภาพดูแลไม่ให้สายหักพังอ หรือมีน้ำคั่งค้างในสาย ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่คงที่ ไม่ให้สายท่อช่วยหายใจหักพังอ 3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการชักซ้ำ ประเมินและสังเกตอาการนำก่อนชัก เช่น ตาค้าง กระตุก เตรียมพร้อมในการดูแลขณะชักและยากันชัก 4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกำลังกล้ามเนื้อลดลง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดแผลกดทับ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่านอนที่เหมาะสม ทำกายภาพ ผีกการทรงตัว และสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ญาติ 5. การพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยา rt-PA จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ ถ้า GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 รายงานแพทย์ทันที ตรวจเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ หากพบสัญญาณชีพผิดปกติดังนี้ ระดับความดันโลหิต SBP >180 mmHg, DBP >105 mmHg. BT ≥ 38 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ทราบ เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะ หรืออุจจาระเป็นเลือดอาการซึมลงซึ่งบ่งบอกว่าอาจมีเลือดออกในสมอง
5. ระยะฟื้นฟู/ การวางแผน การจำหน่าย และการดูแล ต่อเนื่อง	-รู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงซีกขวา Coma scale E4V5M6 (วันกลับบ้าน) ให้ อาหารทางสายยาง -ผู้ดูแล คือ บุตรชาย -กลับบ้าน	-ได้รับยา rt-PA -On ETT -Refer โรงพยาบาลศรีนครินทร์	กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ 2. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางประสาทที่เลวลง หายใจหอบเหนื่อย 3. แนะนำสอนให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันข้อ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
			ติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การเฝ้าระวังการ พลัดตกเตียง การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตาม แพทย์นัด เมื่อกลับบ้านไปแล้วควรมีการติดตามอาการและให้ คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา กรณีศึกษารายที่ 2 ได้ส่งตัวต่อไปที่โรงพยาบาลศรี นครินทร์ อาการทรุดลงแพทย์ให้คำแนะนำแก่ญาติ ญาติของส่ง ตัวกลับมา (ผู้ป่วยเสียชีวิต)

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการเดินเซ แขนขา
ซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง
แรกรับรู้สีกตัวดี มีประวัติเคยดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ มี
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันร่วมด้วย
รับประทานยาไม่ต่อเนื่องขาดยามา 4 ปี แพทย์
วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มาพบแพทย์ได้เร็ว
ได้รับการรักษาผ่านช่องทางด่วน (Stroke Fast
Track) จากผล CT brain ผลพบว่า ภาวะสมองเสื่อม
ตามวัย พยาบาลดูแลประเมินสภาพทั้งสัญญาณชีพ
ความผิดปกติทางระบบประสาท ชักประวัติทั่วไปและ
ประวัติทางระบบประสาท ให้การดูแลรักษาพยาบาล
ตามแผนการรักษาของแพทย์และตามสภาพปัญหา
ของผู้ป่วย จนระยะฟื้นฟู/วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน
ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ให้
อาหารทางสายยาง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พยาบาล
ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วย
มีบุตรชายเป็นผู้ดูแล เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย
และญาติ เพื่อให้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ให้
คำแนะนำการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การทำ
ความสะอาดร่างกาย การฝึกทักษะในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ
ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการ
ป้องกันกลับเป็นซ้ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้อง
มาพบแพทย์ ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตาม
เยี่ยมบ้านต่อเนื่องในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการชักเกร็ง นอน
ซึ่ม ตามไม่ตอบ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ดื่มสุรา
ประจำ มีโรคเบาหวาน โรคมะเร็งกล้ามเนื้อ โรค

ไทรอยด์ร่วมด้วย เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 2
ครั้ง เมื่อปี พ.ศ.2563 และ 2565 แรกรับแพทย์
วินิจฉัย Hypoglycemia , Hypomagnesemia แรก
รับไม่ได้ทำ CT Scan แต่ด้วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างมากจึงได้เข้ารับการ
รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าวันถัด
พบว่ามาผู้ป่วยนอนซึ่ม ปลุกตื่น แต่ไม่พูด มีแขนขา
ซ้ายอ่อนแรง แพทย์ส่ง CT Scan พบว่า มีภาวะ
เลือดออกเฉียบพลันบริเวณด้านขวาในสมอง
ส่วนกลาง และภาวะสมองเสื่อมตามวัย แพทย์วินิจฉัย
Cerebral infarction , Respiratory failure แพทย์
พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-
PA) พร้อมส่งตัวต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พยาบาล
ประเมินอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพ และตรวจทาง
ระบบประสาททุก 15 นาที ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่ม
เลือด จนครบ 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 30 นาที
ต่อเนื่องจนถึงโรงพยาบาลที่ส่งต่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีปัจจัย
เสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
ระดับไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่ม
สุรา โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกัน
ได้หากปฏิบัติตัวโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ผู้ที่เป็นโรค
หลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแล ป้องกันไม่ให้เกิด
ความพิการของร่างกายมากขึ้นและป้องกันการเกิดซ้ำ
ของโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญ
ตั้งแต่การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยตั้งแต่
อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ควรมาพบแพทย์
โดยเร็ว ไม่ช้ากว่า 4.5 ชั่วโมง ทั้งการประเมินผู้ป่วยใน
ระยะเฉียบพลันที่มาโรงพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วย

ขณะรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและการวางแผนจำหน่าย รวมถึงเฝ้าติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องประสานทีมเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนดูแล จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในระยะเฉียบพลัน ฟื้นฟู และการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข²

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถือว่ามีความสำคัญ ปัจจุบันแนวโน้มในการพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อน และที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและกลับมาเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนแก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้หลากหลายช่องทางเข้ากับยุคเทคโนโลยี และควรจัดทำโครงการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง 35-60 ปี เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เร็วขึ้นลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ติดตามกำกับกับการดูแลผู้ป่วย stroke เป็นระยะ และมีการสะท้อนกลับข้อมูล และประเมินผล แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในเครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์ เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จ และโรงพยาบาลลูกข่าย รวมถึงรพ.สต.ทุกแห่งในเขตรับผิดชอบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Stroke Day 2022. [Internet]. 2022 [cited 1 Sep 2023]; Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. 2567. Health Data Center [Internet]. 2024 [cited 1 Sep 2024]; Available from: <https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-report-detail/>.