

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of stroke patients with atrial fibrillation: 2 case studies.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

ขวัญอรุณ มุกขุนทด¹Khwanarun Mugkuntod¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐาน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสังเกต ใช้การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด เป็นมา 2 ชั่วโมง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลมัญจาคีรี มีประวัติโรคหอบหืด แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ประเมิน NIHSS 18 คะแนน ผลตรวจ EKG พบ Atrial fibrillation ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้รับการพยาบาลครอบคลุม 7 ปัญหา ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล และการช่วยเหลือตนเองบกพร่อง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอนโรงพยาบาล 8 วัน ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ได้ เป็นมา 1 ชั่วโมง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลบ้านฝาง ปฏิเสธโรคประจำตัว แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ประเมิน NIHSS 31 คะแนน ผลตรวจ EKG พบ Atrial fibrillation ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อนำลิ่มเลือดออก ได้รับการพยาบาลครอบคลุม 8 ปัญหา เพิ่มเติมจากรายที่ 1 คือ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง นอนโรงพยาบาล 14 วัน ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, หัวใจห้องบนเต้นระริก, การพยาบาล

Abstract

This comparative case study of two patients aimed to examine nursing care for stroke patients with atrial fibrillation and to develop efficient and standardized care guidelines. The study involved two stroke patients with atrial fibrillation who were admitted to the Stroke Unit at Khon Kaen Hospital between April and September 2025. Data collection tools included medical record reviews, patient interviews, and observations. A health assessment utilized Gordon's 11 Functional Health Patterns to establish nursing diagnoses. Orem's Self-Care Theory was applied in patient care.

Results: Case study 1 involved a Thai female with left-sided limb weakness and slurred speech for 2 hours. She was referred from Mancha Khiri Hospital and had a history of asthma. The physician diagnosed acute cerebral infarction with an NIHSS score of 18. EKG revealed atrial fibrillation. The patient received rt-PA thrombolytic therapy. Nursing care addressed 7 problems: risk of increased intracranial pressure, risk of inadequate cerebral tissue oxygenation, risk of bleeding, fluid and electrolyte imbalance, risk of inadequate

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

nutrition, patient and family anxiety, and self-care deficit. The patient experienced no complications. She was hospitalized for 8 days and was transferred back to a local hospital. Case study 2 involved a Thai female with right-sided limb weakness and an inability to speak for 1 hour. She was referred from Ban Fang Hospital and had no underlying diseases. The physician diagnosed acute cerebral infarction with an NIHSS score of 31. EKG revealed atrial fibrillation. The patient required mechanical ventilation and mechanical thrombectomy. Nursing care addressed 8 problems, including an additional risk of post-procedural complications. The patient experienced no severe complications, was hospitalized for 14 days, and was transferred back to a local hospital.

Keywords: Stroke, Atrial fibrillation, Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก (Atrial fibrillation) เป็นภาวะที่เกิดจากการหลุดตันของหลอดเลือดสมองด้วยลิ่มเลือดที่หลุดมาจากหัวใจห้องบนซ้าย โดยเฉพาะบริเวณ Left atrial appendage (ส่วนยื่นของหัวใจห้องบนซ้าย) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด¹ และมีความรุนแรงสูงกว่าโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น โดยมีอัตราการเสียชีวิตและความพิการที่สูงกว่าถึง 1.5-2 เท่า² จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 5 เท่า และพบว่าร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีสาเหตุจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก³ ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งพบความชุกของภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกร้อยละ 0.5-15 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบร้อยละ 17, 20 และ 40 ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี, 61-70 ปี และ 71-80 ปี ตามลำดับ^{4,5}

เขตสุขภาพที่ 7 รายงานว่าในปี 2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 9,460 ราย คิดเป็น 189.49 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวน 472 รายคิด เป็นร้อยละ 3.57 ส่วนจังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 3,263 ราย คิดเป็น 182.84 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตทั้งหมด 142 รายคิดเป็นร้อยละ 3.35⁶ โรงพยาบาล

ขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขั้นสูงที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ให้เข้าสู่การรักษาแบบช่องทางด่วนพิเศษ (Stroke fast track) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก ตั้งแต่การประเมินอาการในระยะเฉียบพลัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA การป้องกันภาวะเลือดออกและติดตามการทำงานของหัวใจอย่างต่อเนื่อง⁷ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ⁸ การพยาบาลที่มีคุณภาพในระยะเฉียบพลันสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 30 และลดความพิการระยะยาว ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁹

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก : กรณีศึกษา 2 รายและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกให้มีประสิทธิภาพ เกิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน พ.ศ.2568 โดยใช้กระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จาก

การศึกษานี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก ประกอบด้วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาการแรกเริ่ม การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจรังสีทรวงอก ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads และการตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลมัญจาคีรีด้วยแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลบ้านฝางด้วยแขนขาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ได้ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ไปโรงพยาบาลมัญจาคีรี ตรวจร่างกายแขนขาข้างซ้าย เกรด 1 แขนขาข้างขวา เกรด 5 ปากเบี้ยว กรอกตาไปทางด้านขวา จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลอาเจียน พูดไม่ได้ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลแขนขาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ได้ ไปโรงพยาบาลบ้านฝาง ตรวจร่างกายแขนขาข้างขวา เกรด 0 แขนขาข้างซ้าย เกรด 2 พูดไม่ได้ จึงใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เคยรักษาโรคหอบหืดที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี ไม่มียาพ่นประจำ	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
ประวัติโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยาที่เคยได้รับ	ปฏิเสธการแพ้ยาที่เคยได้รับ
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยหลับปลุกตื่น ทำตามคำสั่งได้ ใส่สายออกซิเจนทางจมูก (On oxygen cannula) 3 Lpm แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง GCS E4V5M6 Pupil 3 mm RTL BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24	ผู้ป่วยปลุกตื่น ใส่ท่อช่วยหายใจ ETT no.7 ลึก 20 เซนติเมตร on Ventilator PC-AC FiO ₂ 0.4 RR 20 PIP 20 PEEP 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง GCS E4VTM5 Pupil 3 mm RTL BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อ

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ครึ่งต่อนาที ความดันโลหิต 176/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 100 %	นาที ความดันโลหิต 125/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 100 %
ตรวจร่างกายแรกเริ่ม	กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง แขนข้างซ้าย เกรด 1 แขนขาขวาเกรด 5 ขาข้างซ้าย เกรด 1 ขาข้างขวาเกรด 5 กรอกตาไปทางด้านขวา (eye deviation to right) ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด NIHSS 18 คะแนน	กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวาอ่อนแรง แขนข้างซ้าย เกรด 2 แขนขาขวาเกรด 1 ขาข้างซ้าย เกรด 2 ขาข้างขวาเกรด 0 NIHSS 31 คะแนน
การตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกเริ่ม	PT 11.9 sec. PTT 21.3 INR 1.03 sec.	PT 13.8 sec. PTT 29.8 INR 1.17 sec.
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	Acute infarction of right middle cerebral artery territory	Acute pontine infarction, Acute left cerebellar hemisphere infarction, Acute lacunar infarction at right cerebellar hemisphere, Subacute to chronic lacunar at right sided pons
รังสีทรวงอก	Cardiomegaly	Cardiomegaly
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads	Atrial fibrillation	Atrial fibrillation
echocardiography	Moderately dilated LA	Biatrial enlargement

2. การรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพ

แบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	- ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นอย่างดี	- ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำขณะที่อยู่โรงพยาบาลเป็นอย่างดี
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยไม่สามารถดื่อกาแฟเข้าปากเองได้ งดน้ำดื่มน้ำและได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางจมูก งดน้ำดื่มน้ำและได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
3. การขับถ่าย	ไม่สามารถลุกไปปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีปัสสาวะราด ผู้ป่วยคายสว่นปัสสาวะ ปัสสาวะเฉลี่ย 1– 2.3 ml/kg/hr.	ไม่สามารถลุกไปปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีปัสสาวะราด ผู้ป่วยคายสว่นปัสสาวะ ปัสสาวะเฉลี่ย 1– 1.2 ml/kg/hr.
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ Barthel ADL index 0 คะแนน	ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ Barthel ADL index 0 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ผู้ป่วยนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ ปลุกตื่นง่ายเมื่อตื่นตอบคำถามถูก ทำตามสั่งได้	ผู้ป่วยนอนหลับปลุกตื่น ตื่นขณะทำกิจกรรม
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	มีความผิดปกติสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับรุนแรง หรือไม่รู้สีกว่าถูกสัมผัสบริเวณใบหน้าและแขนขา	มีความผิดปกติสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับรุนแรง หรือไม่รู้สีกว่าถูกสัมผัสบริเวณใบหน้าและแขนขา
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้ว่าแขนขาซ้ายอ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม	ผู้ป่วยรับรู้ว่าแขนขาขวาอ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพ

แบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	อยู่กับสามีและบุตรสาว บุตรชาย สามีผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว บุตรสาวอยู่เฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล	อยู่กับบุตรชาย สามีอยู่ต่างจังหวัด บุตรชายอยู่เฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เป็นเพศหญิง ไม่มีโรคทางเพศสัมพันธ์	เป็นเพศหญิง ไม่มีโรคทางเพศสัมพันธ์
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยและญาติเครียดเรื่องความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงด้านกิจวัตรประจำวัน มีสีหน้าวิตกกังวล	ผู้ป่วยและญาติเครียดเรื่องความเจ็บป่วยและบุตรชายชักถามอาการมารดาวันละ 4-5 รอบ
11. คุณค่าและความเชื่อ	เชื่อในแผนการรักษาปัจจุบัน	เชื่อในแผนการรักษาปัจจุบัน

3.ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ โอ

เริ่มมาใช้ในการพยาบาล โดยแบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู และระยะจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะวิกฤต	ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจาก 1.1 หลอดเลือดสมองอุดตันจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก (atrial fibrillation) 1.2 สมอบบวม 1.3 ความดันโลหิตสูง ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองอุดตัน ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก	ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจาก 1.1 หลอดเลือดสมองอุดตันจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก (atrial fibrillation) 1.2 สมอบบวม 1.3 ความดันโลหิตสูง ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองอุดตัน ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดแดง
ระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู	ปัญหาที่ 4 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกลืนลำบาก	ปัญหาที่ 5 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกลืนลำบาก
ระยะจำหน่าย	ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย ปัญหาที่ 7 การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย ปัญหาที่ 8 การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. การพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุมเป้าหมายคือ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประเมินอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด recombinant tissue-type plasminogen activator (rt-PA) ขณะให้ยาเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก และประเมินทุก 30 นาทีต่อเนื่องจนครบ 6 ชั่วโมง และต่อมาทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาลดสมองบวมและยาลดความดันโลหิต จัดท่าอนันที่ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2) การคงไว้ซึ่งระบบทางอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางจมูก (on oxygen cannula) ในผู้ป่วยรายที่ 1 และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยรายที่ 2 จัดท่าศีรษะสูง 30-40 องศา เฝ้าระวังอาการของภาวะพร่องออกซิเจน 3) ปลอดภัยจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ดูแลให้ได้รับยารักษาภาวะเลือดออกตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Bleeding precaution ประเมินอาการและอาการแสดงของเลือดออกในสมอง ได้แก่ ซีมลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน บันทึกรายการแสดงของการมีเลือดออก 4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังทำการใส่สายสวนหลอดเลือดแดง เพื่อนำลิ่มเลือดออกจากหลอดเลือดสมองที่อุดตัน ในผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมินตำแหน่งที่ทำหัตถการเพื่อเฝ้าระวังการเกิดก้อนเลือด (Hematoma) หรือเลือดออก (Bleeding) อาการปวด บวม แดง ร้อน ชีพจรส่วนปลาย อ่อนหภูมิ และสีผิวของแขนขาส่วนปลาย Capillary refill time 5) การคงไว้ซึ่งสารน้ำและอิเล็กโทรลิตที่ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ 6) เพื่อให้ได้รับสารน้ำและ

สารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยาง ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ป้องกันการสำลักอาหาร 7) การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแล 8) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกำลังของกล้ามเนื้อแขนขา การให้ความรู้และการให้ข้อมูล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การวางแผนจำหน่าย โดยนำกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ D-METHOD ของ แมค คี ฮัน และ คูลตัน (McKeehan & Caulton's model) ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยไม่ลดลง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยและญาติเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษา ญาติผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มและสามารถวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์พิจารณาส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 นอนนาน 8 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนนาน 14 วัน

การศึกษาระดับปริญญาโทศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกทั้ง 2 ราย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นระบบ โดยผู้ป่วยทั้งสองรายมีความรุนแรงแตกต่างกัน (NIHSS 18 และ 31 คะแนน) การนำกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอนร่วมกับทฤษฎีของโอเร็มมาใช้ในการประเมินและวางแผนการพยาบาล ช่วยให้สามารถ

ระบุปัญหาและให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การแบ่งระยะการดูแลเป็นระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู และระยะจำหน่าย ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการส่งต่อกลับโรงพยาบาลใกล้บ้านโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แสดงถึงความสำเร็จของการพยาบาลที่มีคุณภาพ^{7,8,9}

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยครอบคลุมการประเมิน การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพในแต่ละระยะของการดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.ตามพันธ์ นิลาณ.โรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดหัวใจในภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกที่ไม่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2563;12(2):447-56.
- 2.Cavallari I, Patti G. Early risk of mortality, cardiovascular events, and bleeding in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. Eur Heart J. 2020;22. doi: 10.1093/EURHEARTJ/SUAA147
- 3.World Stroke Organization. Global stroke fact sheet 2022 [Internet]. Geneva: World Stroke Organization; 2022 [cited 2025 Jan 15]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
- 4.Phillips KP. Atrial fibrillation and stroke epidemiology. In: Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, editors. Atrial fibrillation. Cham: Humana Press; 2016. p. 3-16. doi: 10.1007/978-3-319-16280-5_1
- 5.Samuthpongton C, Jereerat T, Suwanwela N. Stroke risk factors, subtypes and outcome in elderly Thai patients. BMC Neurol. 2021;21(1):1-6. doi: 10.1186/S12883-021-02353-Y
- 6.กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลสุขภาพ HDC [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
- 7.ไพรวลัย พรหมที, กรณ์ยพิชญ์ โคตรประทุม และสุภาพรณัฏ์ ตันท์สุระ.การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(1):128-37.
- 8.Desteghe L, Lee G, Antoniou S, Merino JL, Neubeck L, Ross CS, et al. A multidisciplinary team approach in the 2024 ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation - what is the role of nurses and allied professionals? A clinical consensus statement of the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP) and the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur J Cardiovasc Nurs. 2025. doi: 10.1093/eurjcn/zvaf083
- 9.Clare CS. Role of the nurse in acute stroke care. Nurs Stand. 2020;35(4):68-75. doi: 10.7748/NS.2020.E11482