

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว: กรณีศึกษา Nursing care for patient with diabetes, hypertension and transient ischemic attack: A case study.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

ขณัฏฐา โกวิทยากร¹
Khanattha Kovitayakorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ด้วยอาการเวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ และอ่อนเพลียเป็นเวลา 2 วัน มีประวัติแขนขาชาและอ่อนแรงเป็นระยะสั้น ๆ ซ้ำสองครั้งก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ผลการศึกษา: จากผลตรวจพบความผิดปกติของสมองจากภาพถ่าย CT Brain ซึ่งพบรอยโรคสมองเก่าหลายตำแหน่ง และมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองขาดเลือดซ้ำ การวินิจฉัยหลัก คือ Transient Ischemic Attack (TIA) ร่วมกับ Hypertension และ Hyperglycemia ผู้ป่วยมีประวัติเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่รับประทานยา และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่ แรกเริ่มมีความวิตกกังวลสูง อาการเวียนศีรษะมาก การพยาบาลจึงมุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองและระดับน้ำตาลสูง ร่วมกับการจัดลำดับตรวจเร็ว ให้การประเมินสัญญาณชีพและระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 15-17 ธันวาคม 2566 อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรงอีก และอาการเวียนศีรษะลดลง จึงจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมแผนการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การติดตามผลการรักษา รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of a patient with diabetes mellitus and hypertension experiencing a transient ischemic attack (TIA). A 73-year-old Thai male presented to Phra Narai Maharaj Hospital with dizziness, lightheadedness, nausea, and fatigue for 2 days. He had a history of transient numbness and weakness in his left arm and leg on two separate occasions before hospital admission.

Study Results: He also had a history of hypertension and elevated blood glucose levels. Brain CT imaging revealed multiple old cerebral infarctions, indicating a risk of recurrent ischemic events. The primary diagnosis was Transient Ischemic Attack (TIA) with hypertension and hyperglycemia. The patient had a known history of diabetes and hypertension but had not received continuous treatment, was non-adherent to medication, and had risk behaviors such as alcohol consumption and smoking. Upon admission, he exhibited high anxiety and severe dizziness. Nursing care focused on preventing complications related to stroke and hyperglycemia, rapid diagnostic assessment, and close monitoring of vital signs and neurological status. The patient was admitted for 3 days (December 15–17, 2023). His condition improved: there were no further episodes of limb weakness, and his dizziness subsided. He was discharged with a home care plan that included regular medication adherence, dietary control, physical activity, follow-up appointments, and lifestyle modification to prevent recurrence.

Keywords: Diabetes mellitus, Hypertension, Transient Ischemic Attack

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญหรือทำให้เกิดทุพพลภาพ เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และเป็นภัยเงียบที่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตประชาชนมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ¹ จากระบาดวิทยาของโรคพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและเกลือสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของอัตราการเสียชีวิตของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี² สถานการณ์ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากร ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 ล้านคน (ทุกๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสม โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตจำนวน 39,086 ราย³ ถึงแม้สมองขาดเลือดชั่วคราวจะเป็นอาการที่อาจจะไม่ได้สร้างความเสียหายในระยะยาว แต่สามารถพัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ทำให้เกิด Mini Stroke ตั้งแต่เนิ่น ๆ ควบคู่ไปพร้อม ๆ กับการตรวจสุขภาพ จะช่วยแก้ปัญหาในระยะยาวได้อย่างตรงจุด ได้แก่ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นอาหารที่มีกากใย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียม น้ำตาล หรือไขมันสูง เพื่อลดความเสี่ยงจากความดันโลหิตสูง และการสะสมคอเลสเตอรอลในร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ตรวจสุขภาพประจำปี หากพบความผิดปกติในหลอดเลือดจะได้

ทำการรักษาได้ก่อนจะเกิดอันตราย งดสูบบุหรี่ ลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเลิกดื่มเลยจะดีที่สุด อาการสมองขาดเลือดชั่วคราวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความคล้ายกันมาก ๆ เพียงแต่สัญญาณ TIA อาการ ส่วนใหญ่จะหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง โดยไม่สร้างความเสียหายถาวรต่อสมอง และที่สำคัญสมองขาดเลือดชั่วคราวยังเป็นสัญญาณเตือนในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วย TIA มากถึง 20% จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายใน 90 วัน และครึ่งหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นภายใน 2 วันแรกหลังจากเกิด TIA⁴ แม้ว่าจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงต่อ TIA นั้นคล้ายคลึงกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงคือภาวะหรือพฤติกรรม เช่น ความดันโลหิตสูงหรือการสูบบุหรี่ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพบางอย่างเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีปัจจัยเสี่ยง การมีปัจจัยเสี่ยงไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดสมอง และการไม่มีปัจจัยเสี่ยงไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะไม่เป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลายประการสามารถรักษาหรือป้องกันได้ ควรรักษาอาการต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นวิธีสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะไม่มีหรือไม่มีภาวะ TIA ก็ตาม ผู้ที่เคยมีภาวะ TIA สามารถปรับเปลี่ยนไลฟ์สไตล์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยทำดังนี้ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วน มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และเลิกสูบบุหรี่^{5,6} จากข้อมูลของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 538 คน, 559 คน และ 599 คน พบการเสียชีวิต จำนวน 46 คน,

50 คนและ 69 คนคิดเป็นร้อยละ 8.55, 8.94 และ 11.52 ตามลำดับ⁷

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี เชื้อชาติไทย จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ รับจ้าง มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 15 ธันวาคม 2566

อาการสำคัญ เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อ่อนเพลียมากเป็นมา 2 วัน 1 วันก่อนมา มีอาการแขนขาซ้ายชาและอ่อนแรง มีอาการประมาณ 15 นาทีแล้วหายเอง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อ่อนเพลียมากเป็นมา 2 วัน 1 วันก่อนมีอาการ แขนขาซ้ายชา อ่อนแรง มีอาการประมาณ 15 นาทีแล้วหายเอง ตอนเช้ามีอาการเวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อ่อนเพลียมาก แขนขาซ้ายชา อ่อนแรงอีก มีอาการประมาณ 15 นาทีแล้วหายเอง จึงไปตรวจที่ รพ.สต. พบว่าความดันโลหิตสูงผิดปกติ เจ้าหน้าที่แนะนำให้มารักษาต่อที่ รพ.พระนารายณ์มหาราช

มารับผู้ป่วยเดินมาพร้อมกับหลานชาย ยืนบัตรคิว เวลา 10.30 น. เรียกซักประวัติที่หน้าห้องตรวจโรคทั่วไป เวลา 10.55 น. ตรวจวัดสัญญาณชีพ จากการประเมินสัญญาณชีพ และสภาพแรกรับ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183/100 มิลลิเมตรปรอท น้ำตาลปลายนิ้ว 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สีหน้าวิตกกังวล บ่นเวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้มาก เนื่องจากผู้ป่วยเวียนศีรษะ มึนงง เดินได้ช้าๆ ดูแลย้ายให้นอนบนเปลนอนและยกเหล็กกันเตียงขึ้นทั้งสองข้างเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และย้ายมาสังเกตอาการใกล้กับ

โต๊ะของพยาบาลที่สังเกตอาการได้ชัดเจน และเตรียมพร้อมให้แพทย์ตรวจโดยจัดลำดับให้ตรวจเป็นลำดับแรก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ตั้งแต่ปี 2560 เป็นโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูงรักษาที่ รพ.พระนารายณ์มหาราช หลังปี พ.ศ.2565 ไม่ได้รับประทานยา และไม่ได้มาตรวจรักษาตามนัด ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน

แบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ

เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ มักไปซื้อยามารับทานเอง และตรวจที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน ปฏิเสธการแพ้ยา ดื่มสุรา 1/2 แบน / วัน 5-6 วัน/สัปดาห์ สูบยาเส้น 10-20 มวน/วัน สูบมา 20 ปี ปัจจุบันสูบลดลงเหลือ 5-10 มวน/วัน และปฏิเสธสารเสพติดทุกชนิด

แบบแผนที่ 2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร

รับประทานอาหาร 3 มื้อไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารได้ทุกประเภท ไม่ชอบกินเนื้อสัตว์ ชอบอาหารรสชาติเค็ม หวาน มัน ชอบดื่มกาแฟซอง ดื่มน้ำประปาหมู่บ้านที่ผ่านการกรองวันละ 6-7 แก้ว มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหารเนื่องจากใช้ฟันปลอม ระบบการกลืนและการย่อยอาหารปกติ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.40 อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183/100 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 97-98% Room air ผลตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3 - 4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจกรรมและการ ออกกำลังกาย

ส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้
ตามปกติ ไม่เคยออกกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับ พักผ่อน

นอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 21.00-
04.30 น. นอนหลับไม่สนิท ตื่นกลางดึกบ่อยๆ

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการ รับรู้

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ต่อเวลา สถานที่
บุคคล ปกติ มีการรับรู้ถึง ความไม่สุขสบาย จาก
อาการผื่นเวียนศีรษะ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์

รับรู้ตัวตนขณะนี้ มีอาการผิปกติจาก
อาการ เวียนศีรษะ มึนงงมาก และไม่ทราบว่าเป็น
อะไรจึงมีความวิตกกังวล

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและ สัมพันธภาพ

ในครอบครัวอยู่ด้วยกัน 2 คน อาศัยอยู่กับ
ภรรยา มีบุตร 2 คนอยู่บ้านคนละหลังบริเวณรั้ว
เดียวกัน ในครอบครัวรักใคร่กันดี ครั้งนี้หลานพา
มาตรวจ

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และ การเจริญพันธุ์

ไม่มีปัญหา

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญ ความเครียดและความทนต่อความเครียด

มีสีหน้าวิตกกังวล แต่ปฏิบัติตามคำแนะนำ
และสามารถเผชิญกับอาการได้เหมาะสม

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและ ค่านิยม

การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการ
สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม
Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจง
วัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนาม
ยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วม
การศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ
ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา
ครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่
ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวม
และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

การตรวจดูสภาพทั่ว ๆ ไปของร่างกาย
(Head-to-Toe assessment criteria)

ศีรษะ ใบหน้า และ ลำคอ : ศีรษะและ
ใบหน้า มีความสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ลำค้อมีท่อ
หลอดลม คอ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ตา : เปลือกตาไม่ซีด การมองเห็นชัดเจน 2
ข้าง ปฏิกริยาต่อแสงเท่ากัน

หู : การได้ยินปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก : ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบ เยื่อจมูก
บวม ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

ช่องปากและลำคอ : ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย
ในปากไม่เป็นฝ้า ทอนซิลปกติ คอไม่แดง

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ผิวหนังแห้งไม่แตก
ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม

ต่อมน้ำเหลือง : ไม่มีก้อนที่หลังหู คอ รักแร้
และขาหนีบ

การตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria) ได้แก่

ระบบประสาท : GCS 15 คะแนน รู้สึกตัวดี
รับรู้ปกติ การเคลื่อนไหวปกติ

ระบบทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอดปกติ
เท่ากันทั้งสองข้าง ระบบหัวใจและหลอดเลือด:

การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : Motor power grade 5 all

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะออกปกติ ไม่แสบขัด

ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีท้องบวมโต ท้องไม่อืด การเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ คลำตับและม้ามไม่โต

ระบบสืบพันธุ์ : ปฏิเสธความผิดปกติ

ผลการตรวจพิเศษ การตรวจภาพถ่ายรังสี (CT brain)

ผล CT brain NC No evidence of acute large territorial infarction or intracranial hemorrhage. However, hyperacute infarction is limited in this modality.

- Several old lacunar infarctions at head of right caudate nucleus, right external capsule, left thalamus and left cerebellar hemisphere.

- Age-related brain atrophy with non-specific white matter change.

- A 2.2x5.5x5.0-cm well-defined subcutaneous cystic lesion at right parieto-temporal region, could be epidermal inclusion cyst or other benign lesion

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood for complete blood count ; WBC 9,880 cell/cu.m.m. Neutrophil 63.8% , Lymphocyte 21.3% , Monocyte 5.2% , Hb

13.4% , Hct 40.7% , Plt.count 287,000 cell/cu.m.m. PT 11.4 s, INR 0.97 ,PTT 20.8 s Blood for Biochemistry ; BUN 19 mg/dL, Creatinine 1.10 mg/dL,eGFR 66.1 mL/min, Na 142 mmol/L, K 4.14 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO2 27.9 mmol/L ,FBS 167 mg%

การวินิจฉัยโรค Transient Ischemic Attack (TIA) with Hypertension with Hyperglycemia

เวลา 13.10 น. หลังได้ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และส่งห้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์พิจารณาให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การวินิจฉัยของแพทย์ Transient Ischemic Attack (TIA) , U/D Diabetes mellitus ,Hypertension

แรกรับที่จุดคัดกรอง แรกรับผู้ป่วยเดินมาพร้อมกับหลานชาย ยืนยันเวลา 10.30 น. เรียกซักประวัติที่หน้าห้องตรวจโรคทั่วไป เวลา 10.55 น. ตรวจวัดสัญญาณชีพ จากการประเมินสัญญาณชีพ และสภาพแรกรับ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.40 kg/m² อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183/100 มิลลิเมตรปรอท น้ำตาลปลายนิ้ว 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ O₂ saturation 98% Room air ขณะรอตรวจประสานศูนย์นำส่ง เพื่อเปลี่ยนเป็นเปลนอน ย้ายมาสังเกตอาการใกล้ชิดบริเวณใกล้จุดที่มีพยาบาล จัดลำดับคิวตรวจลำดับแรก ระหว่างดูแลผู้ป่วยพบปัญหา ดังนี้

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ 1. เสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันจากภาวะความดันโลหิตสูง	กิจกรรมการพยาบาล สังเกตและประเมินอาการแสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น จัดลำดับคิวตรวจเป็นอันดับต้นๆ หากพบอาการดังกล่าวให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง หาก ผู้ป่วยความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 200/110 มิลลิเมตรปรอท ต้องย้ายเข้าห้องฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ระดับความดันโลหิตลดลงเพียงพอที่จะไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย และอาการทางระบบประสาท และหากความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/100 มม.ปรอท จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบ ปราศจากเสียงรบกวนจะสามารถช่วยลด ความดันโลหิตได้อย่างน้อย 10 – 20 มม.ปรอท ประเมินซ้ำอีกครั้งว่ามีภาวะความดันสูงวิกฤต หรือไม่ วัดความดันโลหิตหลังพัก 15 นาทีดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือนอาการและ อาการแสดงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตัวเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง เช่น ลดอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง การออกกำลังกาย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ งดการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา การประเมินผล ผู้ป่วยความดันโลหิตลดลง ความดันโลหิต 160/92 มิลลิเมตรปรอท ยังมีอาการมึนเวียนศีรษะและไม่มีอาการเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน เช่น อาการปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง อาการแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย
2. ผู้ป่วยมีโอกาสดูการทรุดลงขณะรอตรวจ	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลคัดกรองผู้ป่วยตาม Triage แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ดูแลเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ได้แก่ ดูแลชักประวัติ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจได้ครบถ้วน ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 - 30 นาที ดูแลประเมินผู้ป่วยตามขั้นตอน A B C D คือ A : Airway ทางเดินหายใจโล่งดีมีเสมหะ มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่, B : Breathing ประเมินการหายใจ ทั้งอัตรา ลักษณะของการหายใจ, C : Circulation ประเมินระบบการไหลเวียนโลหิต ดูอัตราการเต้นของหัวใจ, D : Disability ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma score และลงบันทึก ประเมินซ้ำและติดตามอาการเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอ ตรวจอธิบายและแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ เหนื่อย หอบ อาการปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขาอ่อนแรง อาการแน่นหน้าอก เป็นต้น การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ รู้สึกตัวดี E4V5M6 Glasgow Coma Score เท่ากับ 15 คะแนน สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97-98% Room air ดูแลย้ายให้นอนบนเปลนอนเพื่อสังเกตอาการ ดูแลยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้างเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ประคองและช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนย้ายสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ระหว่างผู้ป่วยรอพบแพทย์ ประเมินซ้ำ ยังเวียนศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน พักได้บนเปลนอน และไม่เกิดอุบัติเหตุอธิบายขั้นตอนการตรวจและเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติฟังอย่างชัดเจน ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้ญาติอยู่ใกล้ผู้ป่วยเพื่อลดความเครียด
การพยาบาลระยะขณะตรวจ 1. เสี่ยงอันตรายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยสายตาวัวมัว ตาลาย ติด เชื้ออักเสบได้ง่าย ผิวแห้งและคัน เหนื่อยหรืออ่อนล้าผิดปกติหิวโหยอยากทานอาหารมากขึ้น อาการรุนแรง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง หายใจเหนื่อยหอบ การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6, Glasgow Coma Score เท่ากับ 15 คะแนน ไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง เช่น มองไม่ชัด เห็น ภาพเบลอ ภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง
2. มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว	กิจกรรมการพยาบาล แพทย์มีแผนการรักษา ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีแผนการรักษาให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ดูแลให้นอนพักบนเปลนอน ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง สังเกตอาการทางระบบประสาทและสมอง และลงบันทึก เตรียมเอกสาร ระบุตัวผู้ป่วย ประวัติ และเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจ ประสาน เวิร์เพลส่งตรวจตามแผนการรักษา ขณะรอผลตรวจประเมินสัญญาณชีพ วัดระดับความอึดตัวของออกซิเจน สังเกตระดับความผิดปกติทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการตรวจครบถ้วนตามแผนการรักษา มีอาการเวียนศีรษะลดลง รู้สึกตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประเมินสัญญาณชีพ ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97-98% Room air
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และ eGFR 66.2 ml/min	กิจกรรมการพยาบาล ติดตามและประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการทำงานของไตสังเกตและบันทึกปริมาณ ปัสสาวะ สี และความถี่ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น BUN, Creatinine, eGFR สังเกตอาการบวม (edema) บริเวณใบหน้า มือ เท้า ควบคุมและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น เวียนศีรษะ ส่งเสริมพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อไตเช่น แนะนำการลดเกลือและอาหารรสเค็ม ดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสม และออกกำลังกายอย่างเหมาะสมให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติอธิบายความสำคัญของการควบคุมความดันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร่วมกับนักโภชนาการวางแผนการควบคุมอาหาร
4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและปฏิเสธการตรวจ CT Scan Brain	กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นของการตรวจ ประเมินความกลัว และ หาสาเหตุของการปฏิเสธการตรวจ CT Scan Brain พบว่า ผู้ป่วยกลัวขั้นตอนในการตรวจ CT Scan Brain และกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่ายค่าตรวจ เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ และซักถามข้อสงสัย ประสานญาติที่ติดตามผู้ป่วยมาตรวจ ให้ทราบขั้นตอนและการปฏิบัติตนขณะตรวจ CT Scan Brain และการใช้สิทธิบัตรสุขภาพในการตรวจรักษา ภายหลังให้ข้อมูลครบถ้วน การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และยินยอม ตรวจ CT Scan Brain ตามแผนการรักษาของแพทย์
การพยาบาลระยะหลังตรวจ	ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลกับอาการป่วยและกลัวอาการทรุดหนัก กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ประเมินสาเหตุและระดับ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อธิบายกับผู้ป่วยและ ครอบครัวโดยมี เนื้อหาสำคัญ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปของโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว การเกิดโรค อาการและอาการแสดง แผนการรักษา พร้อมทั้งประสานแพทย์อธิบายเกี่ยวกับโรค แจ้งอาการและผลการตรวจให้ผู้ป่วย และญาติทราบเหตุผลความจำเป็นที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ให้กำลังใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาให้ความ ร่วมมือและมีส่วนร่วมในการรักษา มีสีหน้าเคร่งเครียดลดลง ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการ และแผนการรักษา ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย และจัดเตรียมเอกสาร ประวัติการตรวจรักษาของผู้ป่วย ติดป้ายชื่อมือเพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วย ให้กับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ขณะรอเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วย ตรวจประเมินสัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาท ตรวจสภาพรถเข็นนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง เมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย แจ้งศูนย์เปลให้นำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยใน เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป ในเวลา 13.30น. การประเมินสัญญาณชีพ และอาการก่อนเข้าหอผู้ป่วย ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 185/98 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี ยังเวียนศีรษะมึนงง พักได้บนเตียง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง
การติดตามเยี่ยม	16 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS (E4V5M6) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/85 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97-98% Room air ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 96 mg/dl HbA1C 6.2% Cholesterol 215 mg/dl Triglyceride 123 mg/dl HDL- Cholesterol 39 mg/dl LDL- Cholesterol 146 mg/dl อาการเวียนศีรษะ มึนงงทุเลาลง ไม่มีอาการแขน ขา อ่อนแรง หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ มีแผนการรักษาให้กลับบ้าน 17 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS (E4V5M6) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/8๒ มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98% Room air อาการเวียนศีรษะ มึนงง ทุเลาลง ไม่มีอาการแขนขา อ่อนแรง หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ให้กลับบ้านได้ ระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 15-17 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 วัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การวางแผนจำหน่าย	1. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรค การตรวจรักษา ต่อเนื่อง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดภาวะสมองขาดเลือดซ้ำอีก 2. แนะนำรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่แพทย์ให้น่ากลับไปรับประทานที่บ้าน ระบุชื่อยา ขนาดและกำหนดเวลารับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยต้องได้รับยาครบตาม แผนการรักษาของแพทย์ไม่ควรหยุดยาเอง 3. แนะนำการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน วันละ 1 ครั้ง พร้อมจดบันทึกและ นำผลตรวจมาพบแพทย์ หากพบผลผิดปกติ ให้นำบันทึก ๑๕ นาทีและตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำ หาก สูงผิดปกติมากควรมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา 4. การมาพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวัน นัด เช่น เวียนศีรษะ ชา แขนขาอ่อนแรง กลืนลำบาก พูดไม่ชัด สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น 5. ให้คำแนะนำและการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว และสามารถ ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยง หรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมความรุนแรงของโรค เช่น งดดื่ม สุรา งดการสูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 6. แนะนำสถานที่ บุคคล หน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือหลังจากออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. เยี่ยมบ้าน 7. การดูแลในเรื่องภาวะโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น การงดอาหารรส เค็ม ไขมันสูง อาหารแปรรูป อาหารทอด ดื่มน้ำสะอาดอุณหภูมิเย็น รับประทานอาหารที่หมักใน เพื่อการขับถ่าย สะดวก 8. ระงับการเดิน การเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีประวัติ ดื่มสุรา สูบ บุหรี่ โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคยมีประวัติการขาดยา ตรวจรักษาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดจากมีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นความเสี่ยงและอันตราย ต่อการเกิดความพิการและเสียชีวิต พยาบาลคัด กรองได้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วตาม มาตรฐานการคัดกรองแบบ MOPH ED Triage ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษารวดเร็วและปลอดภัย

ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขโดยใช้กระบวนการ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และเสริม ทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ให้ความรู้และ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา สุขภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและ เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้กับ ประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ควร จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยซึ่ง สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{3,5}

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการวิชาการสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. วารสารการแพทย์ไทย, 103(2), 101-108.
2. คณะกรรมการวิชาการสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์ไทย, 103(4), 378-384
3. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สมาคมต่อมไร้ ท่อแห่งประเทศไทย.
4. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). โรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย.

- 5.สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- 6.วรารณา บุญนาค, และคณะ. (2562). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(1), 45–56.
- 7.กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2567). รายงานสถิติการบริการ. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช