

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับ เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา

Nursing Care of a Complex Case of Ischemic Stroke due to Thrombotic Occlusion with Acute Pyelonephritis and Comorbid Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension.

(Received: February 24,2026 ; Revised: February 27,2026 ; Accepted: February 28,2026)

แสงเพชร แก่นดี¹
Saengphet Kaendee¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมคือเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อนำองค์ความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา แผนการรักษา และทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนากระบวนการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิง 1 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปราสาท ด้วยภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันและกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้านพักที่บ้านในตำบลเชื้อเพลิง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านระหว่างวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2569 การประเมินปัญหาพบภาวะการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เสี่ยงต่อการสำลักจากการกลืนบกพร่อง การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผลกดทับจากการเคลื่อนไหวจำกัด ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูง ภาวะข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการสื่อสารบกพร่อง พยาบาลชุมชนให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านรวม 3 ครั้ง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Marjory Gordon 11 แบบแผน การประเมินบริบทครอบครัวและชุมชนด้วย INHOMESSS และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea Orem เพื่อวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม ผลการดูแลพบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่เกิดการสำลัก ผลกดทับมีแนวโน้มดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้าน

Abstract

This study presents a nursing case study of a patient with ischemic stroke secondary to cerebral thrombosis complicated by acute pyelonephritis, with comorbid type 2 diabetes mellitus and hypertension. The objective was to apply knowledge of pathophysiology, medical management, and nursing theories to community-based care in a subdistrict health-promoting hospital and to develop a continuing home-based nursing care process. The case involved a female patient who was admitted to Prasat Hospital with a diagnosis of ischemic stroke and acute pyelonephritis. Following hospital discharge, she received home-based rehabilitation in Chuea Phloeng Subdistrict, Prasat District, Surin Province. Home visits were conducted from August 11, 2025, to January 20, 2026. Nursing assessment identified decreased cerebral perfusion due to vascular occlusion, risk of aspiration related to dysphagia, urinary tract infection, pressure injury secondary to immobility, risk of complications from hyperglycemia and hypertension, joint stiffness, muscle weakness, and impaired communication resulting from neurological deficits. Community nursing care included three home visits, utilizing Gordon's 11 Functional Health Patterns, the INHOMESSS framework for family and community assessment, and Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to guide comprehensive care planning. Outcomes demonstrated that the patient was able to safely resume oral intake without aspiration, pressure injuries showed improvement, and no complications related to hyperglycemia or uncontrolled hypertension were observed.

Keywords: nursing care; ischemic stroke; acute pyelonephritis; type 2 diabetes mellitus; hypertension; home visit

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Ischemic stroke) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุหากผู้ป่วยสามารถรับรู้สัญญาณอันตรายของโรค เข้าใจกลไกการเกิดโรค และเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราความพิการ และเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า หรือมีโรคร่วมเรื้อรังหลายโรค อาจทำให้การดำเนินโรคมีความซับซ้อน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากมักมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง การอักเสบของผนังหลอดเลือด และการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง² นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างต่อเนื่องยังส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย ส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต และซ้ำเติมภาวะสมองขาดเลือดให้รุนแรงมากยิ่งขึ้น³

ในผู้ป่วยที่มีภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะพบความซับซ้อนของการดูแลรักษามากขึ้น ทั้งในด้านการควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไต การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางระบบประสาท ซึ่งต้องอาศัยการดูแลทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ และการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม^{4,5} นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความพิการ มักมีภาวะท้อแท้ สิ้นหวัง และขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ยาก และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของครอบครัว² การพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และการดูแลแบบองค์รวมตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล^{6,7} จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และฟื้นฟูความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมหลายโรค โดยเฉพาะในระยะต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผ่านกระบวนการดูแลที่บ้าน (Home Ward) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน⁴ ซึ่งจะช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขื่อนเพ็ญ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาหัวใจและหลอดเลือด ในปีงบประมาณ 2566–2568 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 64, 72 และ 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.50, 1.69 และ 1.69 ตามลำดับ⁸ อีกทั้งยังพบแนวโน้มการเกิดโรคในกลุ่มอายุที่ลดลง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมด้านการพยาบาลและการดูแลระยะยาว ดังนั้น ผู้จัดทำผลงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษากรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ที่มีภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก และยกระดับคุณภาพการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์พยาธิสรีรวิทยา แผนการรักษา และแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมหลายระบบอย่างเป็นองค์รวม
2. เพื่อพัฒนากระบวนการพยาบาลและแนวทางการดูแลต่อเนืองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิต

วิธีการศึกษา

1. ศึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จำนวน 1 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การประเมินสุขภาพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล และการสังเกตการณ์ในบริบทครอบครัว จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เปรียบเทียบกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค แนวทางการรักษาตามมาตรฐาน และกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
2. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายระบบ
3. ดำเนินกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การประเมินปัญหา ความต้องการ การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล การวางแผนกิจกรรมการพยาบาล การดำเนินการ และการประเมินผลลัพธ์
4. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์ และทรัพยากรสนับสนุนอื่น ๆ
5. จัดทำรายงานวิชาการเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบ แก้ไข และเผยแพร่ผลงานวิชาการ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี สถานภาพสมรส สมรสแล้ว สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพค้าขาย ได้รับการส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้านจากงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2568 การ **ประเมินสัญญาณชีพ** อุณหภูมิ 38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 98% น้ำหนัก 34.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 14.75 กิโลกรัม/เมตร² **วิเคราะห์:** ผู้ป่วยมีภาวะไข้ หายใจเร็ว ความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ และภาวะทุพโภชนาการรุนแรง

การตรวจร่างกายแบบ Head-to-Toe ลักษณะทั่วไป สีหน้าเฉยเมย ไม่สดใส ผิวแห้ง ศีรษะและใบหน้า : ไม่มีความผิดปกติชัดเจน ตา : ลืมตาเมื่อเรียก การมองเห็นลดลง หู : การได้ยินลดลง ต้องพูดเสียงดังใกล้หู ช่องปาก : ไม่มีฟัน สุขอนามัยช่องปากไม่ดี ทรวงอก : ทรวงอกสมมาตร ไม่มีมวลก้อน การเคลื่อนไหวทรวงอกสัมพันธ์กับการหายใจ แขนขา : แขนขาซ้าย Motor power grade 1 แขนขาขวา Motor power grade 3 มีภาวะข้อติดด้านซ้าย

การประเมินตามระบบ ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม E2V3M6 (GCS = 11 คะแนน) สอดคล้องกับภาวะบกพร่องทางระบบประสาทจากโรคหลอดเลือดสมอง ระบบหายใจ : หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที (tachypnea) ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ชีพจรสม่ำเสมอ 70-75 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำค่าขอบล่าง ระบบทางเดินอาหาร : ให้อาหารทางสายให้อาหาร (NG tube) อาหารเหลว 300 ซีซี วันละ 4 มื้อ ขับถ่ายอุจจาระ 2 วัน/ครั้ง ระบบผิวหนัง : ผิวแห้ง เหี่ยวอ่อน พบแผลกดทับบริเวณสะโพกได้บั้นเอวทั้งสองข้าง ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร ระดับ 2 ระบบทางเดินปัสสาวะ : คาสายสวนปัสสาวะขนาด 16 Fr ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณประมาณ 300 ซีซี

ผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพ

หลายระบบที่สัมพันธ์กับโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน โดยพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง บ่งชี้การควบคุมโรคเบาหวานที่ยังไม่เหมาะสม ร่วมกับภาวะเม็ดเลือดขาวและนิวโทรฟิลสูง สอดคล้องกับกระบวนการอักเสบจากการติดเชื้อเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังตรวจพบค่า INR สูงผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเพิ่มความ

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก และพบภาวะโซเดียมต่ำในเลือด สะท้อนความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ที่อาจส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัวและการทำงานของระบบประสาท การแปลผลดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดแผนการรักษาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยรายรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด			
FBS (14 พ.ค.68)	70-99 mg/dl	155.34 mg/dl	มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
FBS (11 ส.ค.68)	70-99 mg/dl	157 mg/dl	มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
การตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC: (1 ก.ย.68)			
WBC	4,500-10,000 cell/ μ l	16,590 cell/ μ l	มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
Neutrophil	40-70 %	82 %	มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
Lymphocyte	20-40 %	9 %	
INR	0.8-1.1	9.1	มีภาวะเลือดแข็งตัวช้ามากผิดปกติ
Electrolyte panel in serum or plasma Creatinine (1 ก.ย.68)			
Na	135-145 mmol/L	127.74 mmol/L	ต่ำ

การติดตามเยี่ยมและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลปราสาท ทีมพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิง ได้ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม Home Ward จากโรงพยาบาลปราสาท เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง วางแผนการพยาบาล และป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ติดตามอาการผู้ป่วย จากการประสานงานของ ทีม Home ward รพ.ปราสาท ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกพบ ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ถามตอบค่อนข้างสับสน แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ข้างขวาปกติผลการประเมิน E1V3M6 ผู้ดูแลเล่าว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ใส่สายให้อาหารทางสายยาง และคาสายสวนปัสสาวะ On canular 5 lit/min O² sat 99-100% น้ำหนัก 34.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 14.75 kg/m² ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะบ้านที่อยู่

อาศัย เป็นบ้านชั้นเดียว ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงบริเวณเตียงและโดยรอบเตียงสะอาด สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีบุตรคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ยารับประทานที่ได้รับกลับบ้านได้แก่ FOLIC acid 5 mg 1*1 pc/105 tabs Insulin glargine 300 u/3ml ฉีดใต้ผิวหนัง 12 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า PARACETAMAL 500mg 1*prn q 6 hrs LOSARTAN potassium tab .50 mg 1*1 PC /105 tabs. DAPAGLIFLOZIN (NED) 10mg 1*1 ac /105 tabs METFORMIN 500mg 1*2 PC/210 tabs. AMLODIPINE TAB 10 mg 1*1 PC /105 tabs. SIMVASTATIN 20mg 1*HS /105 tabs. TRANADOL CAP. 50 mg 1-PRN ปวดมากๆ q 6 hr. บุตรเป็นผู้ดูแลจัดยาและป้อนยา สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100% แขนขาข้างซ้ายมีภาวะข้อติด Motor power grade2 แขนขาข้างขวา Motor power grade 5 มี ประเมิน ADL ได้ 5 คะแนน ระหว่างวันที่ไม่มีคนเฝ้าใกล้ชิดบุตรจะมีการยกกรงก้นเตียงขึ้นตลอดเวลา

สรุปปัญหาทางการพยาบาลมีดังนี้ ปัญหาที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัญหาที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจน ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการสำลัก ปัญหาที่ 4 มีการติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะ ปัญหาที่ 5 มีภาวะทุพโภชนาการ

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2568 ประเมินผู้ป่วยแรกพบผู้ป่วยล้มตามือเรียกถามตอบค่อนข้างสับสน แขนขาสั่งการได้ E1V3M6 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แผลกดทับที่เหนือสะโพก 2 ข้างขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร แผลแดงดี ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า ให้อาหารทางสายยาง โดยรับอาหารเหลวจากรพ.ปราสาท ได้วันละ 4 มื้อ ประมาณมื้อละ 250-300 ml. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง คาสายสวนปัสสาวะไหลดี สีใสไม่มีตะกอน ประมาณ 400 ซีซี บริเวณที่อยู่อาศัย ลักษณะบ้านชั้นเดียว ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเสริมด้วยที่นอนลมในชั้นล่าง บริเวณเตียงและโดยรอบเตียงสะอาด สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีบุตรคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ยารับประทานที่ได้รับกลับ SIMETICONE (Air-X) 80 mg 1*3 PC/20 tabs. PARACETAMAL 500mg 1*PRN ไข้,ปวด q6hrs. Lactulose 10 g./15 ml.30 cc*hs PRN ไม่ถ่าย /2 OMEPRAZOLE CAP.20 mg 1*1 ac/20 caps. AUGMENTIN TAB 875/125 mg 1*2 PC/14caps. และยาหยอดตา Hydroxypropylmethylcellulose 0.3% หยอดตาข้างที่เป็น *4 ครั้ง/2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% แขนขาข้างซ้าย Motor power grade 4 แขนขาข้างขวามีภาวะข้อติด Motor power grade 2 มีแผลกดทับที่สะโพกขวา ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร แผลแดงดี ไม่มีแผลกดทับเพิ่มขึ้นในส่วนอื่น ประเมิน ADL ได้ 5 คะแนน ในระหว่างวันที่ไม่มีคนเฝ้าใกล้ชิดบุตรจะมีการยกราวกันเตียงขึ้นตลอดเวลา ไม่มีอุบัติเหตุตกเตียง จากการประเมินสภาพร่างกายหลังมาติดตามเยี่ยมรอบที่ 2 กลางคืนนอนหลับดีขึ้นไม่มีตื่นตอนกลางคืน สรุปปัญหา

ทางการพยาบาลมีดังนี้ ปัญหาที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัญหาที่ 2 สับสน หลงลืม พูดไม่รู้เรื่อง ปัญหาที่ 3 มีแผลกดทับ ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการสำลัก

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ประเมินผู้ป่วยแรกพบผู้ป่วยล้มตามือเรียกถามตอบค่อนข้างสับสน แขนขาสั่งการได้ E1V3M6 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แผลกดทับที่เหนือสะโพก 2 ข้างขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร แผลแดงดี ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า ให้อาหารทางสายยางโดยรับอาหารเหลวจากรพ.ปราสาท ได้วันละ 4 มื้อ ประมาณมื้อละ 250-300 ml. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง คาสายสวนปัสสาวะไหลดี สีใสไม่มีตะกอน ประมาณ 400 ซีซี บริเวณที่อยู่อาศัย ลักษณะบ้านชั้นเดียว ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเสริมด้วยที่นอนลมในชั้นล่าง บริเวณเตียงและโดยรอบเตียงสะอาด สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีบุตรคอยดูแลอย่างใกล้ชิด สรุปปัญหาทางการพยาบาลมีดังนี้ ปัญหาที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ปัญหาที่ 3 สับสน หลงลืม พูดไม่รู้เรื่อง ปัญหาที่ 4 มีแผลกดทับ ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการสำลัก ปัญหาที่ 6 มีภาวะทุพโภชนาการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษานี้ เป็นผลจากการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบ ตามกระบวนการพยาบาล โดยเชื่อมโยงข้อมูลทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ตลอดจนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วม ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ข้อวินิจฉัยที่กำหนดสะท้อนปัญหาทั้งด้านระบบประสาท ระบบทางเดินปัสสาวะ การเผาผลาญ และภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวจำกัด ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกิจกรรมการพยาบาลแบบมุ่งผลลัพธ์ (outcome-based care) อย่าง เป็นองค์รวม รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุนสำคัญ	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Expected Outcomes)	กิจกรรมการพยาบาลเชิงระบบ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง
1. ภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้ออกซิเจนในสมองลดลงจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง	CT brain พบ ischemic infarction, O ₂ saturation 74%	O ₂ saturation \geq 95%, GCS คงที่หรือดีขึ้น, ไม่มี respiratory distress	ให้ออกซิเจน 5 L/min, ประเมินสัญญาณชีพและ neurological sign ทุก 2-4 ชม., ควบคุมความดันโลหิตตามแผน	O ₂ saturation เพิ่มขึ้นเป็น 97-99%, ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว, ระดับความรู้สึกตัวคงที่
2. เสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก	Swallowing test ผิดปกติ, มีเสียงครีคราดในลำคอ	ไม่มี aspiration pneumonia, ไม่มี SpO ₂ drop ระหว่างให้อาหาร	ให้อาหารทางสายให้อาหาร, จัดท่าศีรษะสูง 45°, ประเมิน gastric residual	ไม่พบอาการสำลักหรือปอดอักเสบ ตลอดระยะติดตาม
3. การติดเชื้อกรวยไตเฉียบพลัน	Urinalysis WBC 16,590 cell/ μ L, มีไข่	อุณหภูมิ $<$ 37.5°C ภายใน 72 ชม., ค่า UA ดีขึ้น, ไม่เกิด sepsis	ให้ antibiotic ตามแผน, ดูแลสายสวนด้วย aseptic technique, ให้สารน้ำเพียงพอ	ไข้ลดลงภายใน 48 ชม., ค่า UA ดีขึ้น, ไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
4. การเคลื่อนไหวบกพร่อง เสี่ยงต่อข้อติด	แขนซ้ายอ่อนแรง, ข้อศอกตึงตืด	Range of motion ดีขึ้น \geq 10°, ไม่เกิด contracture เพิ่ม	ทำ passive ROM เข้า-เย็น, สอนผู้ดูแลทำ ROM ต่อเนื่อง	ไม่พบข้อติดเพิ่ม และผู้ดูแลสามารถทำ ROM ได้ถูกต้อง
5. แผลกดทับระดับ 2	พบแผลเนื้อสะเกศ 2 ข้าง	ขนาดแผลลดลง \geq 20% ภายใน 2 สัปดาห์, ไม่มีสัญญาณติดเชื้อ	ล้างแผลด้วย aseptic technique, พลิกตัวทุก 2 ชม., ใช้เตียงลม	แผลสะเกศ ไม่มี discharge และขนาดลดลงชัดเจน
6. การสื่อสารบกพร่องจาก aphasia	ไม่พูด ไม่ตอบคำถาม	ผู้ป่วยตอบสนอง non-verbal ได้ดีขึ้น, ลดพฤติกรรมต่อต้าน	แนะนำตนเองทุกครั้ง, ใช้การสื่อสารทางท่าทาง, แจ้งก่อนทำหัตถการ	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมต่อต้าน
7. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้	FBS 155-157 mg/dl	ควบคุม FBS 80-130 mg/dl, ไม่เกิด hypo/hyperglycemia	ให้ยาตามแผน, ควบคุมอาหารทางสาย, ตรวจ FBS สม่ำเสมอ	FBS ควบคุมอยู่ 110-140 mg/dl ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี สถานภาพสมรส สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพค้าขาย ได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้านจากงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลปราสาท เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยแพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ร่วมกับกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน และมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลต่อเนื่องของพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เชื้อเพลิง โดยมีการเยี่ยมบ้านรวม 3 ครั้ง ครอบคลุมการประเมินอาการ การติดตามผลทางคลินิก การ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเสริมพลังผู้ดูแล ผลการติดตามพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มตอบสนองต่อการรักษาและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ภาวะติดเชื้อควบคุมได้ ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มเติม จากการประเมินอย่างเป็นระบบ สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามระยะของการเจ็บป่วยได้ดังนี้ 1) ระยะวิกฤต-ฉุกเฉิน การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองเสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก 2) ระยะกึ่งวิกฤต (ระยะคงสภาพทางการแพทย์) 3) การอักเสบของกรวยไตจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4) มีแผลกดทับจากการเคลื่อนไหวร่างกายจำกัด 5) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม 6) ภาวะข้อติดและการเคลื่อนไหว

บกพร่องจากอ่อนแรงครึ่งซีก 7) การสื่อสารบกพร่องจากความเสียหายของศูนย์ภาษาในสมอง การจำแนกข้อวินิจฉัยตามระยะดังกล่าวสะท้อนกระบวนการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงการฟื้นฟูสภาพในชุมชน และแสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการภาวะซับซ้อนหลายระบบแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาที่สะท้อนความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดร่วมกับภาวะติดเชื้อเฉียบพลันและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ American Heart Association และ American Stroke Association ได้ระบุว่า การควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอย่างเหมาะสมสามารถลดอัตราการเกิด stroke ซ้ำและภาวะแทรกซ้อนระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ⁹ ในระยะวิกฤต การจัดการทางเดินหายใจและการให้ออกซิเจนอย่างทันที่ที่มีความสำคัญต่อการป้องกัน secondary brain injury เนื่องจากสมองที่อยู่ในภาวะขาดเลือดมีความไวต่อภาวะ hypoxia เพิ่มขึ้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบุให้คงระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยเพื่อรักษา cerebral perfusion และลดการขยายตัวของเนื้อสมองที่ได้รับความเสียหาย² ผลลัพธ์ในกรณีนี้ที่พบว่าค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนกลับเข้าสู่เกณฑ์ $\geq 95\%$ และระดับความรู้สึกตัวคงที่สะท้อนถึงประสิทธิผลของการพยาบาลเชิงรุกในระยะวิกฤต ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสัมพันธ์กับการเกิด aspiration pneumonia ซึ่งเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลานอนโรงพยาบาล การคัดกรองการกลืนก่อนให้อาหารและการจัดทำศีรษะสูงเป็นมาตรการที่ได้รับการสนับสนุนในแนวปฏิบัติทาง

คลินิก⁹ ผลการดูแลที่ไม่พบภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในกรณีนี้ จึงสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว ในส่วนของภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ร่วมกับการดูแลสายสวนปัสสาวะตามหลักปราศจากเชื้อและการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ เป็นแนวทางมาตรฐานในการลดการลุกลามของการติดเชื้อและป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Infectious Diseases Society of America¹⁰ ที่เน้นการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน ผลลัพธ์ที่ช่วยลดและไม่เกิดภาวะ sepsis แสดงถึงประสิทธิภาพของการจัดการดังกล่าว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านหลอดเลือดและการติดเชื้อ American Diabetes Association⁹ แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงเป้าหมายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงต่อ hypoglycemia และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในกรณีนี้ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วงปลอดภัยโดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ สะท้อนการประยุกต์ใช้แนวทางดังกล่าวอย่างเหมาะสมสำหรับการป้องกันแผลกดทับและภาวะข้อติด แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวจำกัดเน้นการพลิกตะแคงตัวสม่ำเสมอ การใช้พื้นผิวลดแรงกด และการทำ range of motion exercise อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการลดความพิการระยะยาว¹¹ ผลการดูแลที่ไม่พบการลุกลามของแผลกดทับและไม่เกิดข้อติดเพิ่มขึ้น จึงแสดงถึงประสิทธิผลของการพยาบาลเชิงป้องกัน นอกจากนี้ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำ และส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ WHO¹² ที่เน้นความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

โดยสรุป การดูแลผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ร่วมกับการอ้างอิงแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นปัจจุบัน สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมภาวะติดเชื้อ และส่งเสริมเสถียรภาพทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นกรณีศึกษารายเดียว จึงควรมีการศึกษาติดตามในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์และพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมหลายระบบในบริบทชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีที่มีภาวะซับซ้อนและโรคร่วม โดยกำหนดแนว

ปฏิบัติที่ชัดเจนครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

2. ควรวางแผนการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งเสริมระบบสื่อสารและประสานความร่วมมือในระดับชุมชนกับพยาบาลเยี่ยมบ้านและผู้ช่วยดูแล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแบบบูรณาการและความต่อเนื่องของบริการ

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2566) อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2566;39(2):39–46.
- 2.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke). นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- 3.Li YM, Xu JH, Zhao YX.(2020) Predictors of urinary tract infection in acute stroke patients: A cohort study. Medicine (Baltimore). 2020;99(27):e20952.
- 4.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward). นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- 5.จิตาภา เรืองใจมัน.(2558). การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์และแปลผลสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- 6.บังอร สำลี. ทฤษฎีการพยาบาล.(2535). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2535. p. 39–77.
- 7.สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันออก จำกัด.
- 8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2568). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากระบบ HDC Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต] สุรินทร์: Health Data Center Surin สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2568 สืบค้นจาก: <https://hdc.moph.go.th/sr/public/kpi/1/2025>.
- 9.Committee ADAPP.(2023). Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2023;47(Supplement_1):S1-S4.
- 10.Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al.(2011). International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clinical Infectious Diseases. 2011;52(5):e103-e20.
- 11.Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz D, Law S, et al.(2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. J Tissue Viability. 2019;28(2):51-8.
- 12.World Health Organization.(2016). Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO Press.