

นิพนธ์ต้นฉบับ

original article

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา
Nursing care of hemorrhagic stroke with essential hypertension : A case studyจารุวรรณ คอลพุธา*
Charuwam Konputta*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ประสิษฐโช ในปี 2567 ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเป็นการศึกษาการพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะกึ่งวิกฤต และระยะฟื้นฟู วิเคราะห์ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน และนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แผนการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 45 ปี มีประวัติความดันโลหิตสูง เมื่อปี พ.ศ. 2563 ไม่ได้รักษา มาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ประเมินผู้ป่วย Glasgow Coma Scale E4V5M6 พูดไม่ชัด แขนขาด้านขวากำลังเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังเกรด 0 รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ความดันโลหิต 190/110 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 139 mg% ที่ห้องฉุกเฉินได้รับการคัดกรองโดยระบบ Emergency Severity Index (ESI) ร่วมกับการประเมิน National Institute of health Stroke Scale (NIHSS) 13 คะแนน โดยจัดระดับความเร่งด่วน ESI เป็นระดับ 2 และเข้าระบบ Stroke Fast Track ผล CT brain non contrast พบ Acute intraparenchymal hemorrhage with perilesional edema involving the right basal ganglia การวินิจฉัย Right basal ganglia hemorrhage แพทย์เวรปรึกษา แพทย์ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ให้การักษาแบบประคับประคอง ไม่ผ่าตัด โดยให้ควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมองแตก, โรคความดันโลหิตสูง, ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ประสิษฐโช นครราชสีมา

Abstract

This study aimed to examine nursing care for a patient with acute hemorrhagic stroke and essential hypertension at Luang Phor Khoon Parisuttho Hospital in 2024. Data were collected from medical records and interviews with the patient and family. The analysis covered the critical, sub-critical, and recovery phases using Gordon's 11 functional health patterns, focusing on pathology, symptoms, treatment plans, nursing diagnoses, and outcomes. The patient was a 45-year-old male with a history of untreated hypertension since 2020. He presented with sudden left-sided weakness 30 minutes prior to arrival. At the emergency department, his Glasgow Coma Scale score was E4V5M6, with slurred speech, right-side strength grade 5, and left-side strength grade 0. His pupils were reactive and equal; blood pressure was 190/110 mmHg, and blood glucose was 139 mg%. He was triaged as ESI level 2 and scored 13 on the NIH Stroke Scale. A CT scan revealed acute intraparenchymal hemorrhage with edema in the right basal ganglia. Neurosurgical consultation advised conservative management without surgery, focusing on blood pressure control (<140/90 mmHg) and monitoring for rebleeding. The patient was hospitalized for four days. This case highlights the need for nurses to be equipped with knowledge and skills in managing acute hemorrhagic stroke with hypertension to ensure patient safety, prevent complications, and reduce mortality.

Keywords : hemorrhagic stroke, essential hypertension, Critical Nursing Care, Gordon's Functional Health Patterns, stroke fast track system

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงสูง ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 10 - 15 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิตสูง ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก⁽¹⁾ ระบุว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเสียชีวิตภายใน 30 วันแรก และมากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้รอดชีวิตมีความพิการถาวร เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือบกพร่องทางสติปัญญา พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของอัตราการเสียชีวิตของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิต จำนวน 39,086 ราย อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกในปี พ.ศ. 2563 - 2565 อยู่ที่ ร้อยละ 26.65, 27.43 และ 27.58 ตามลำดับ สะท้อนถึงความรุนแรงและผลกระทบต่อสุขภาพอย่างชัดเจน⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเกิดความพิการให้น้อยที่สุด

โรคหลอดเลือดสมองแตก เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดภายในสมอง ส่งผลให้เลือดรั่วซึมเข้าสู่เนื้อสมอง เพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะและกดทับเนื้อสมองส่วนสำคัญ ทำให้เนื้อสมองสูญเสียการทำงานอย่างรวดเร็ว อาจนำไปสู่ภาวะสมองตายหรือเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่⁽³⁾ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง⁽⁴⁾ ผู้ป่วยทุกคนที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด การมองเห็นผิดปกติ ต้องตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจอาการทางระบบประสาท เพื่อประเมินว่า

ต้องให้การช่วยชีวิตขั้นสูงหรือไม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำ Glasgow Coma Scale (GCS) \leq 8 พร้อมกับส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, BS, Cr, Electrolyte ชักประวัติและตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ ตีศีรษะ โรคประจำตัว การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาเสพติด เพื่อแยกภาวะอื่นที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดสมอง⁽⁵⁾ เมื่อสงสัยว่าเป็น Acute Stroke ควรได้รับการตรวจ CT brain ทุกราย เพื่อแยกโรคว่าเป็น Ischemic หรือ Hemorrhagic Stroke ในกรณีที่ CT brain เข้าได้กับ Ischemic Stroke ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน แต่ถ้าเป็น Hemorrhagic Stroke ให้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท การบำบัดรักษาทางศัลยกรรมของโรคหลอดเลือดสมองแตกที่สำคัญ คือ การผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และ/หรือ ผ่าตัด Arteriovenous Malformation การบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกในตำแหน่ง Basal Ganglia Hemorrhage แบ่งเป็น 2 กลุ่ม หากพบข้อบ่งชี้ \geq 2 ข้อ ได้แก่ GCS \leq 13, volume \geq 30 ml, midline shift $>$ 0.5 cm ควรปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท แต่ถ้าข้อบ่งชี้ $<$ 2 ข้อ ให้รักษาแบบประคับประคอง โดยการให้สารน้ำ เกลือแร่และยาต่างๆ หากผู้ป่วยอาการเลวลงจึงปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท การบำบัดรักษาทางอายุรกรรมในระยะแรกของโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ 1) ฝ้าระวังระบบหายใจ 2) ควบคุมความดันโลหิต \leq 140/90 mmHg 3) ควบคุมอุณหภูมิ 4) ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด 5) ยาแก้ปวด 6) ยาลดอาการปวดและกระสับกระส่าย 7) ยาลดการสั่น 8) การรักษาระดับน้ำตาลในเลือด 9) การให้สารน้ำและเกลือแร่⁽⁶⁾ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการประเมินผู้ป่วย ฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะความดันใน

กะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองเคลื่อน ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ และเมื่อผู้ป่วยมีสภาวะทางการแพทย์คงที่แพทย์จะพิจารณาเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

โรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ประสิษฐโช จังหวัดนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่และโรงพยาบาลลูกข่าย ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 สถิติผู้ป่วยจำโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 33, 22 และ 16 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 262, 287, 316 ราย ตามลำดับ⁽⁷⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งหมด ปัจจุบันโรงพยาบาลได้เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมีอุปกรณ์ เครื่องมือในการวินิจฉัยด้วยเครื่องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง ได้รับการรักษาเบื้องต้นได้ทันท่วงที ลดความเสี่ยงจากความล่าช้าในการส่งต่อ เพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และความพิการในระยะยาว ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีศักยภาพสูงในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะในการให้พยาบาลขั้นสูงในการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันตลอดจนนำทฤษฎีทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อนำความรู้เรื่องโรค แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายของการศึกษา

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค แผนการรักษา และมีความพร้อมในการดูแลตนเอง
3. บุคลากรมีแนวปฏิบัติ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ประสิษฐโช จำนวน 1 ราย ศึกษาในวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง ดัชนีมวลกาย 22.79 kg/m² มีประวัติความดันโลหิตสูง เมื่อปี พ.ศ. 2563 ไม่ได้รักษา ดื่มสุรา 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลานาน 20 ปี ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมีต่างๆ การสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดต่างๆ มาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ทรยานำส่งโรงพยาบาล แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 190/110 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% room air ประเมินผู้ป่วย Glasgow Coma Scale E4V5M6 พูดไม่ชัด แขนขาต้านขวากำลังเกรด 5

แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังเกรด 0 รูม่านตา
ขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง
2 ข้าง ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 139 mg%
ที่ห้องฉุกเฉินได้รับการคัดกรองโดยระบบ Emergency
Severity Index (ESI) ร่วมกับการประเมิน National
Institute of health Stroke Scale (NIHSS) 13
คะแนน โดยจัดระดับความเร่งด่วน ESI เป็นระดับ
2 และเข้าระบบ Stroke Fast Track ผล CT brain
non contrast พบ Acute intraparenchymal
hemorrhage with perilesional edema involving
the right basal ganglia การวินิจฉัย Right basal
ganglia hemorrhage แพทย์เวรปรึกษาแพทย์
ศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลมหาสารคาม
ให้รักษาแบบประคับประคอง ไม่ผ่าตัด รับประทาน
ที่หอผู้ป่วยอายุกรรมชาย และรับไว้ในโซน Stroke
Corner เพื่อควบคุมความดันโลหิต ฝ้าระวัง
ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดัน ในกะโหลก
ศีรษะสูง ภาวะชัก

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

FBS : 152 mg%, cholesterol 222
mg/dl, Triglyceride 163 mg/dl, HDL 77 mg/dl,
LDL 133 mg/dl

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Right Basal
Ganglia Hemorrhage

ข้อมูลการประเมินสภาพ ข้อมูลการ
ประเมินสภาพของกรณีศึกษา โดยใช้เครื่องมือ
ประเมิน 11 แบบแผนการดูแลสุขภาพของกอร์ด
ตอนและกระบวนการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ :
สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร
70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
190/110 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของ
ออกซิเจนในเลือด 98% room air ดัชนีมวลกาย
22.79 kg/m³

การตรวจร่างกาย ศีรษะ/ใบหน้า :
รูม่านตา ขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง
เท่ากันทั้ง 2 ข้าง การมองเห็นปกติ การได้ยินปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ความดันโลหิต
190/110 มิลลิเมตรปรอท ระบบประสาท : ผู้ป่วย
รู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด การรับรู้วันเวลา สถานที่และ
บุคคลถูกต้อง รับฟัง และทำตามสั่งได้ แขนขา
ด้านขวากำลังเกรด 5 การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ
แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังเกรด 0 ไม่เคลื่อนไหว
รีเฟล็กซ์ 2+

จากการประเมินสุขภาพตาม 11 แบบแผน
การดูแลสุขภาพของกอร์ดตอน พบปัญหาสุขภาพ
ในแบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ : มี
ความตึงเครียดด้านอารมณ์ เนื่องจากแขนขา
ด้านซ้ายอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้เฉียบพลัน แบบ
แผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ
อาหาร : มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน แบบแผนที่ 4
แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย : แขนขา
ซ้ายอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ ทรงตัวไม่ได้ แบบแผนที่
6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ : มีอาการคลื่นไส้
พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง การรับรู้การสัมผัส
ลดลง แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรู้จักตนเองและ
อัตมโนทัศน์ : รู้สึกกังวลเรื่องแขนขาซ้ายอ่อนแรง
ไม่สามารถเคลื่อนไหวเหมือนปกติ แบบแผนที่ 8
แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ : เป็นหัวหน้า
ครอบครัว ไม่สามารถกลับไปทำงานที่โรงงานได้
และแบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญ
ความเครียด : วิตกกังวลเรื่องแขนขาซ้ายอ่อนแรง
กลัวขาดรายได้ กลัวว่าจะเป็นคนพิการ สูญเสีย
ภาพลักษณ์ ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอตัวอย่างปัญหา
ทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการ
ประเมินผลของกรณีศึกษาที่สำคัญ ดังนี้

การพยาบาลระยะวิกฤตฉุกเฉิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มี
โอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
เนื่องจากการแตกของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยง
สมอง

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิต
190/110 มิลลิเมตรปรอท motor power Rt
grade V, Lt grade 0, dysarthria, ผล CT brain :

Acute intraparenchymal hemorrhage with perilesional edema involving the right basal ganglia

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล Glasgow

Coma Scale ไม่ลดลงจากเดิม ≥ 2 คะแนน ความดันโลหิต $\leq 140/90$ mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ไม่มีอาการชัก เกร็ง กระตุก รุ่ม่านตาเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่เกิดภาวะการหายใจผิดปกติ ลักษณะ Cheyne Stroke

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง ถ้า Glasgow Coma Scale ลดลง ≥ 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์ทราบ
2. ดูแลให้ได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิต nicardipine 20 mg + 5%D/W 100 ml iv drip 10 ml/hr. และ titrate q 15 ml/hr. control blood pressure $\leq 140/90$ mmHg
3. ดูแลให้ได้รับยาขับยั้งการสลายตัวของเลือด Transamine 1 gm iv drip q 8 hr.
4. ดูแลให้ได้รับยากันชัก Dilantin 1,000 mg iv drip q 8 hr.
5. ติดตามระดับความดันโลหิต ทุก 15 นาที Keep BP $\leq 140/90$ mmHg
6. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15 - 30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอ และสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา ห้ามจัดท่านอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ
7. สังเกตอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว รุ่ม่านตาไม่เท่ากัน เกร็ง แขนขาอ่อนแรงลงจากเดิม ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 20% และความดันชีพจรกว้างขึ้น (Pulse pressure 50 - 60 mmHg)

รูปแบบ การหายใจผิดปกติ ลักษณะ Cheyne Stroke, Hyperventilation หากพบอาการดังกล่าว รายงาน แพทย์ทันที

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ

0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr.

9. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนและ ทำกิจกรรมประจำวันบนเตียง หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล

Glasgow Coma Scale E4V5M6 ความดันโลหิต $\leq 140/90$ mmHg มีอาการปวดศีรษะทำยหาย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ไม่มีอาการชัก เกร็ง กระตุก รุ่ม่านตา ขนาด 3 มิลลิเมตรเท่ากันทั้งสองข้าง และลักษณะการหายใจปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลว อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน CT brain : Acute

Intraparenchymal Hemorrhage With Perilesional Edema Involving the Right Basal Ganglia

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อ

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลว อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล ลักษณะการ

หายใจปกติ ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในเกณฑ์ 80 - 200 mg%, ค่า sodium 136 - 146 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และลักษณะการหายใจ
2. ติดตามระดับอุณหภูมิในร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง

3. ดูแลความสะอาดร่างกายของ
ผู้ป่วย

4. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด
ทุก 6 ชั่วโมง

5. ประเมินภาวะ Hypo-Hyper-
glycemia ได้แก่ เหนื่อยมาก หิว มือสั่น เหงื่อออกมาก
ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน มึนงง วิงเวียน
ใจสั่น ถ้าพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตาม
แผนการรักษา คือ 0.9% NSS 1,000 ml iv drip
80 ml/hr.

7. ติดตามระดับ Electrolyte ใน
ร่างกาย โดยเฉพาะค่า sodium

การประเมินผลการพยาบาล

Glasgow Coma Scale E4V5M6 ลักษณะการ
หายใจปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37 - 37.5 องศา
เซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 104 - 132 mg%
ไม่มีภาวะ Hyponatremia

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ญาติ
มีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วย
กระทันหัน รุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน ญาติมีสีหน้าวิตก
กังวล น่านิว คิ้วขมวด พูดว่า “เมื่อเช้าสามียัง
เดินได้ปกติ ตอนนี้แขนขาซ้ายขยับไม่ได้เลย จะ
รักษาได้มั้ย จะเดินได้มั้ย”

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล
ญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ญาติสีหน้า
สดชื่นขึ้น ยอมรับการเจ็บป่วย มั่นใจในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุย
เพื่อหาสาเหตุความวิตกกังวล ประเมินความคาดหวัง
รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เปิดโอกาสให้ซักถาม และ
สื่อสารด้วยท่าทีที่ตั้งใจด้วยความจริงใจ

2. ให้ข้อมูลกับญาติ เกี่ยวกับการ
เจ็บป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
แผนการรักษาการพยาบาล

3. พร้อมที่จะรับทราบถึงปัญหา
ต่างๆ ของผู้ป่วยพร้อมให้การช่วยเหลือ

4. ใช้วาจาและสัมผัสที่นุ่มนวล
ให้ความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว
ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด

5. จัดสถานที่ให้ญาติผู้ป่วยได้
พักคอย สามารถติดต่อสอบถามได้สะดวก

การประเมินผลการพยาบาล ญาติ
มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ทราบถึงการดำเนินของโรค
รวมทั้งแนวทางในการรักษา มีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเรื่องการรักษา

การพยาบาลระยะกึ่งวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่
สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน อุณหภูมิร่างกาย
38.5 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล
อุณหภูมิร่างกายปกติ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึก
สุขสบายขึ้น อุณหภูมิปกติ 36.5 - 37.5 องศา
เซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. เช็ดตัวลดไข้
2. ให้ยาลดไข้ paracetamol
500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ตาม
แผนการรักษา

3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ
Ceftriazone 2 gm iv q 24 hr. ตามแผนการ
รักษาของแพทย์

4. ติดตามระดับอุณหภูมิใน
ร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง

5. ดูแลความสะอาดร่างกายของ
ผู้ป่วย

การประเมินผลการ ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น
ไม่มีไข้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 0 การรับรู้ต่อความเจ็บปวด อุณหภูมิ การสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ข้างซ้ายลดลง ทรงตัวไม่ได้ ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) 9/20 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ออกกำลังกายได้ (Active exercise) ญาติช่วยทำ (Passive exercise) ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและแผลกดทับ ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คะแนน ญาติช่วยทำ (Passive exercise) ได้ ญาติกระตุ้นผู้ป่วยทำ Active Exercise ได้ ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติดแข็งและแผลกดทับ ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม
2. สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ Active และ Passive Exercise ร่วมกับทีมกายภาพบำบัด
3. สอนให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง
4. การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อน ไม่อับชื้น ซึ่งตั้งไม่มีรอยย่น
5. ให้ความช่วยเหลือโดยการดูแลสุขอนามัย ความสะอาดร่างกาย

6. ดูแลและจัดทำของร่างกายของผู้ป่วย โดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้อง เหมาะสม

7. สอนให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง

8. หมุนระดับเตียงให้ต่ำและยกราวกันเตียงขึ้นทั้งสองด้าน ล้อคล้อเตียงไว้เสมอ

การประเมินผลการพยาบาล ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล 9/20 คะแนน ญาติสามารถช่วยในการทำ Passive Exercise ให้ผู้ป่วยได้ดีขึ้น เข้าใจวิธีกระตุ้นผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง ผู้ป่วยแขนขาข้างซ้ายกำลักรัด 1 สามารถยับยั้งปลายนิ้วมือได้ ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการทรงตัว ไม่สามารถนั่งได้เองเนื่องจากเวียนศีรษะ ญาติสามารถกระตุ้นการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้มากขึ้น ไม่มีข้อติดแข็ง หรือแผลกดทับ ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการสูญเสียภาพลักษณ์ บทบาทเปลี่ยนแปลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยกลัวไม่สามารถทำงานได้เป็นปกติ กลัวเป็นภาระคนอื่น อยากกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ทุกวันนี้เหมือนคนพิการกลับไปต้องคอยให้ภรรยาและลูกดูแล ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล หงุดหงิด เมื่อช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทและวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามสภาพการเจ็บป่วยและศักยภาพที่มีอยู่

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา การพยาบาลและการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตัวเอง ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินแบบแผนการดำรงชีวิต บทบาท และความรับผิดชอบ ของผู้ป่วยในครอบครัว
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเกี่ยวกับการที่ไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้ตามปกติ
3. พยาบาลรับฟังและยอมรับ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เสริมแรงทางบวก และสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล
4. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเองมากที่สุด ให้ผู้ป่วยใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรงเท่าที่สามารถจะทำได้
5. ให้ญาติมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย ด้านความสะอาด ร่างกาย การฟื้นฟูสภาพ
6. อธิบายให้ครอบครัวหรือญาติ ยอมรับสภาพของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ แผนการฟื้นฟูผู้ป่วย รวมถึงช่วยครอบครัวในการ หาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตต่อไป
7. ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในตนเอง

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการ รักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยเหลือตนเองในการ ทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย ด้วยตนเอง (Active Exercise) ยอมรับสภาพลักษณะ ที่เปลี่ยนแปลง

การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการ ปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตัวเองอย่างไรต่อไป ผู้ป่วยและ ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อรับรู้ว่าจะได้ออกจาก โรงพยาบาล ญาติกลัวทำไม่ได้

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองและ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะตามความสามารถในการปฏิบัติตามแผน ของการพยาบาล ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในการ ทำกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย การออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง ด้าน จิตใจ ได้ส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยในการทำ กิจกรรมต่างๆ ยอมรับพฤติกรรมลักษณะการ แสดงออกและรับฟังความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วย
2. แนะนำอาหารที่ควรรับประทาน เช่น ควรรับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยเรื่อง การขับถ่าย ควรงดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง
3. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา ตามคำสั่งของแพทย์อย่างต่อเนื่องและสังเกต อาการที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับยาที่รับประทาน ถ้าพบความผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ทันที
4. แนะนำเกี่ยวกับการสังเกต อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น ความรู้สึกของตัวผู้ป่วย แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ซึมลง พูดจาสับสน ปากเปื่อย
5. แนะนำเรื่องการมาตรวจ ตามนัดของแพทย์อย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วย และญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค วิธีการดูแลผู้ป่วย สามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ อย่างถูกต้อง ทั้งในเรื่องการรับประทานยา การรับประทายยา การนำผู้ป่วยออกกกำลังกาย การให้กำลังใจผู้ป่วย ญาติสามารถตอบอาการ ผิดปกติที่ ต้องรีบมาพบแพทย์ได้ เข้าใจถึง

ความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและการรับยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8
การเตรียมพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน แพทย์วางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง เกรด 0 ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 9/20 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล
เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างครอบคลุม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ ได้รับการประเมินความพร้อม และวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวทาง D-METHOD ก่อนจำหน่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามประเด็นปัญหา และความต้องการ

2. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามแนวทาง D-METHOD ด้วยการให้คำแนะนำ การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา และการรับยาต่อเนื่อง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มเกิดอุบัติเหตุจากการทรงตัว การสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น ซึมลง พฤติกรรมเปลี่ยน ชัก การมาตรวจตามนัด การใช้แหล่งบริการทางสุขภาพใกล้บ้านให้เกิดประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

3. การส่งต่อผู้ป่วยในระบบ Intermediate Care การประสานกับเครือข่ายชุมชน ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายในระยะ 2 สัปดาห์ และระยะ 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย ผ่าน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและระบบ Thai COC

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ได้รับการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ได้ร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามหลัก D-METHOD มีความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รับทราบหมายเลขฉุกเฉิน 1669 ได้การฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การออกกำลังกาย การเคลื่อนย้าย

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายหลักที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉินที่มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยและรักษา พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน เพราะหากการรักษาล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ต้องมีการจัดระบบให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษา การวางแผนการพยาบาลตั้งแต่ระยะวิกฤตมีการเฝ้าระวัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง จนส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามมาตรฐานการพยาบาล

การนำไปใช้ประโยชน์

1. การนำไปใช้ประโยชน์

1.1 ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง สำหรับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สนใจ

1.2 ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการนิเทศทางการพยาบาลเรื่อง การพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ปริสุทฺ์โธ

2. ผลกระทบ

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้หน่วยงานมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในทุกกระยะ ตั้งแต่กระบวนการในการประเมิน การเฝ้าระวังติดตามอาการ ปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ก่อนมา 30 นาที ซึ่งอยู่ในระยะ Golden Period ของโรคหลอดเลือดสมอง เข้าระบบ Stroke Fast Track ต้องได้รับการตรวจ CT scan เพื่อวินิจฉัยโรค และได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยนับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนกระทั่งส่งต่อ กรณีศึกษานี้แพทย์วินิจฉัย Right Basal Ganglion Hemorrhage แพทย์เวรปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และได้มีแผนการรักษาแบบประคับประคองโดยไม่ผ่าตัด ทำให้เกิดความยุ่งยากในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาจเกิดภาวะชัก ระดับความรู้สึกตัวลดลง

2. ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ นานประมาณ 20 ปี ทำให้เกิดหลอดเลือดเปราะและเลือดออกง่าย ซึ่งการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 4 เท่าของคนที่ไม่ได้ดื่มสุรา จึงมีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองเพิ่มมากขึ้น ได้รับการรักษาด้วยยา Transamine 1 กรัม หยดทางหลอดเลือดดำทุก

8 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน ทำให้ต้องมีการเฝ้าภาวะเลือดออกซ้ำระวังอย่างใกล้ชิด

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. พยาบาลในทีมที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งย้ายมาจากหน่วยงานอื่น มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อย ขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต และขาดทักษะในการให้ยากกลุ่มเสี่ยง (High Alert Drug) ได้แก่ Nicardipine และ Dilantin ทางหลอดเลือดดำ

2. การวินิจฉัยโรค การเตรียมส่งต่อ การส่งผู้ป่วยตรวจ CT Scan ต้องรีบทำภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อวินิจฉัยสถานะของหลอดเลือดสมองว่าเป็นหลอดเลือดสมองตีบหรือหลอดเลือดสมองแตก กรณีเส้นเลือดสมองแตกต้องส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แต่ถ้าหลอดเลือดสมองตีบต้องส่งต่อโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. สถานบริการสุขภาพสามารถนำกระบวนการพยาบาลของกรณีศึกษาไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในระยะวิกฤต ระยะกึ่งวิกฤตจนถึงระยะการวางแผนจำหน่ายได้

2. กลุ่มงานการพยาบาล ควรมีกิจกรรมการทบทวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มทักษะของพยาบาลและกระตุ้นให้พยาบาลมีความตระหนักในการคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. กลุ่มงานการพยาบาล ควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน

ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้นำทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Annual report 2022. 2022. (Online). From : <https://www.worldstroke.org/about-wso/annual-reports>
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก 2567 ชวนประชาชนตั้งเป้าออกกำลังกายสม่ำเสมอ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อ. 2567. (ออนไลน์). สืบค้นจาก : <https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news>
3. อัจฉิภรณ์ สมุทรคีรี. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูงที่มีภาวะติดเชื้อในชุมชน: กรณีศึกษา: 2567. (ออนไลน์). สืบค้นจาก <https://www.trathospital.go.th>
4. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก. พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรส จำกัด; 2561.
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรส จำกัด; 2567.
6. ฐิตาพร วรภรณ์วิชิต์, อุไร จังโล่ง, ศิริขวัญ นาควิสัย และภารดี ชัยรัตน์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาริบัติ 2564; 27(2): 165-169.
7. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ปริสุทฺธ. งาน ข้อมูล และสถิติ. นครราชสีมา: โรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ปริสุทฺธ; 2565-2567.