

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

Nursing Care for Patients with Acute Ischemic Stroke who are Treated with Mechanical Thrombectomy

อภิัญญา พวงเงิน, พย.บ.

Apinya Puangngoen, B.N.S.

Abstract

Acute ischemic stroke is a severe neurological condition characterized by the sudden destruction of brain tissue. It results in sudden neurological disorders, high mortality and is a leading cause of severe disability. Emergency endovascular treatment is an important therapeutic approach for reducing complications, disability, and mortality. This approach is particularly indicated for patients with acute ischemic stroke involving large vessel occlusion or for those with contraindications to intravenous thrombolytic therapy. The optimal time window for treatment is within 6 hours after symptom onset.

This case study involved a 39-year-old obese Thai female patient. The patient was admitted with major symptoms that began 1 hour prior to hospital presentation, including slurred speech, tongue stiffness, and right-sided limb weakness. Computed tomography angiography of the cerebral vessels revealed acute large-vessel occlusion. Therefore, the physician decided to perform prompt catheter-guided cerebral angioplasty. In this case study, the patient received comprehensive care addressing physical, psychological, emotional,

social, and spiritual aspects. Nursing management included monitoring and management of neurogenic shock due to impaired cerebral blood flow and hypovolemic shock resulting from blood and fluid loss during a prolonged and complex surgical procedure. Nursing care included ventilator management and prevention of ventilator-associated complications. Bleeding related to anticoagulant therapy was closely monitored and prevented. Surgical wound care and pain management were provided. Fluid and electrolyte balance was maintained. Secondary complications were prevented. Physical and psychological rehabilitation was also implemented. In addition, education was provided to the patient and family, including discharge planning, to facilitate the patient's return to normal daily life. **Keywords:** Acute ischemic stroke, endovascular treatment, role of nursing.

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน เป็นโรคทางประสาทที่มีความรุนแรงซึ่งเนื้อสมองถูกทำลายอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใด มีอัตราการตายสูงและเป็นสาเหตุความพิการที่รุนแรง การรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ในกรณีฉุกเฉินถือเป็นแนวทางมาตรฐานทางเลือกหนึ่งที่มีความสำคัญในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และอัตราการตาย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่บริเวณเส้นเลือดขนาดใหญ่หรือในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยช่วงเวลาที่เหมาะสมในการรักษา คือ 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างอ้วน อายุ 39 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการสำคัญ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ร่วมกับแขนขาข้างขวาอ่อนแรง และ

วันที่รับ (received) 25 สิงหาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 กุมภาพันธ์ 2569

วันที่ตอบรับ (accepted) 4 กุมภาพันธ์ 2569

Published online ahead of print 13 กุมภาพันธ์ 2569

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
Department of Nursing, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan

Corresponding Author: อภิัญญา พวงเงิน

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Email: apinya.or2525@gmail.com.

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2026.14>

จากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดสมอง แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่ตำแหน่งของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และพิจารณาให้ การรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ในเวลาที่รวดเร็ว ซึ่งในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในเรื่อง ภาวะช็อกจากระบบประสาทจากการไหลเวียนของเลือดในสมอง ถูกขัดขวาง ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและสารน้ำจากการผ่าตัดที่มีกระบวนการที่ยุ่งยากและซับซ้อนใช้เวลาในการผ่าตัดนาน การใช้เครื่องช่วยหายใจและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันและติดตาม ภาวะเลือดออกจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การดูแลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ให้สมดุล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้ง การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ซึ่งผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน, การรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง, บทบาทพยาบาล

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เนื้อเยื่อในสมอง ถูกทำลายเสียหาย ส่งผลให้เกิดอาการเบื้องต้นที่พบได้บ่อย เช่น ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน ฟังไม่เข้าใจ พูดลำบาก กลืนลำบาก หน้าเบี้ยว เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ มีอาการชาครึ่งซีก หรือแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยอาจจะแสดงอาการออกมาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมีอาการหลายอย่างพร้อมกัน เป็นโรคทางประสาทที่มีความรุนแรงซึ่งเนื้อสมองถูกทำลายอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้มี ความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลันแบบทันทีทันใด¹ ซึ่งมี อัตราการตายสูงและเป็นสาเหตุความพิการที่รุนแรง โดยความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80 และ ภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด จาก การสำรวจของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา² ได้ รายงานสถานการณ์ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากร ป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 ล้านคน (ทุกๆ 3 วินาที พบผู้ป่วย รายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน อีกทั้งข้อมูล ความชุกของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองพบ ร้อยละ 9.4 - 32.1 และความเสี่ยงการกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้น ตามระยะเวลาที่เคยเป็นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปี² สำหรับประเทศไทยรายงานข้อมูลจากระบบรายงาน

ฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2567 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการชีวิตอันดับ 2 ของอัตราการเสียชีวิต ของคนไทย (รองลงมาจากมะเร็ง) พบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือด สมองจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตจำนวน 39,086 ราย โดยผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นในทุกๆ ปี มีแนวโน้มอยู่ใน กลุ่มวัยทำงานและผู้ที่มีอายุน้อยลง³

ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันเกิดจากการมีไขมัน ไปเกาะผนังหลอดเลือดด้านในหลอดเลือดสมอง หรือมีลิ่มเลือด ขนาดเล็กที่ลื่นหัวใจและผนังหัวใจ หลุดลอยตามกระแสเลือด ไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิด จังหวะ ภาวะหัวใจโต ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว ผนังหัวใจรั่วหรือเกิด จากการฉีกของผนังหลอดเลือดด้านในทำให้เส้นเลือดอุดตัน รวมถึงการแข็งตัวของเลือดที่เร็วเกินไปหรือเกล็ดเลือดมากเกินไป ล้วนเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ โดยปกติสมอง จะมีความทนต่อการขาดเลือดและออกซิเจนได้น้อย ถ้าขาด เลือดหรือมีเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลงจะทำให้เซลล์สมองบริเวณ นั้นสูญเสียหน้าที่ แต่โครงสร้างยังไม่เปลี่ยนแปลง ถ้ามีเลือดไป เลี้ยงหรือได้รับการรักษาทันเวลา สมองส่วนนี้สามารถกลับมา ทำหน้าที่ปกติได้ แต่ถ้ารักษาช้าจะทำให้สมองส่วนนี้ถูกทำลาย อย่างถาวร ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองตีบและอุดตัน ได้แก่ ผู้ที่เป็นภาวะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจ (โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้มีลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันเส้นเลือด สมอง) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงจะทำให้เกิด การอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเร็วกว่าปกติ ผู้ที่มี ประวัติตีบแอลกอฮอล์จำนวนมาก ผู้ที่ละเลยการออกกำลังกาย นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะฮอริโมนบางอย่างโดยเฉพาะฮอริโมน เพศหญิง ซึ่งทำให้หลอดเลือดดำในสมองอักเสบได้⁴⁻⁵

ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อุดตันเฉียบพลัน หรือ Stroke Fast Track เป็นที่นิยมและมี การพัฒนาระบบส่งต่ออย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยต้องได้รับการ ประเมินสภาพในภาวะฉุกเฉินและถึงมือแพทย์และพยาบาลที่ม Stroke ภายในเวลาไม่เกิน 4.30 ชั่วโมง⁶ เพื่อพิจารณาการรักษา โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำที่เรียกว่า Intra venous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator หรือ IV-rtPA อย่างไรก็ตามผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่ตำแหน่งหลอดเลือดแดง ขนาดใหญ่ ประสิทธิภาพของยาละลายลิ่มเลือด (IV-rtPA) จะ ลดลง โดยสามารถเปิดหลอดเลือด ได้เพียงร้อยละ 4 - 30 ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่ตำแหน่ง หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอัตรา ตายค่อนข้างสูง เนื่องจากพื้นที่ของสมองที่ตายมีขนาดใหญ่ และ อาจเกิดภาวะสมองบวมอย่างรุนแรง ทำให้ต้องรักษาโดยการผ่าตัด

เพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ โดยผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำหรือมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ รวมทั้งภายหลังการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงต่อการเสียเลือดหากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง que เพิ่มขึ้นนอกเหนือ จากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมองเส้นใหญ่ หรือมีข้อห้ามบางประการในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และในกรณีฉุกเฉินถือเป็นแนวทางมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่บริเวณเส้นเลือดขนาดใหญ่ โดยช่วงเวลาที่เหมาะสม ในการรักษา คือ 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ ซึ่งมีความสำคัญในการลดความพิการและอัตราการตาย⁷

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนทั้งหมด 12 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10.23, 13.69 และ 15.59 ตามลำดับ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล⁸ โดยจากการดูแลผู้ป่วยพบภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง เช่น Neurogenic Shock จากระบบประสาทจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวางภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดหรือพร่องออกซิเจน ภาวะ Hypovolemic Shock จากการสูญเสียเลือดและสารน้ำ การเกิดภาวะสารที่บ่งชี้ชักนำให้เกิดโรคไตวายเฉียบพลัน การเกิดเลือดออกในสมองหรือมีก้อนเลือดอุดตันซ้ำ หลังการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองอาการผิดปกติทางสมอง การบาดเจ็บจากการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองภาวะเลือดออกบริเวณแผล Puncture Site การขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณปลายเท้า อาการปวด การติดเชื้อ³ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีสนใจในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ทักษะความชำนาญในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้การวินิจฉัยและเริ่มรักษาใช้เวลา น้อยที่สุด พร้อมทั้งมีการเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด แก่ไขภาวะแทรกซ้อนของโรค และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยมีการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ให้การดูแลรักษาและการพยาบาลอย่างรวดเร็วครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁹⁻¹¹ พร้อมทั้งมีการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง โดยใช้รูปแบบการจัดทำรายกรณีศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน โดยในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองภายในหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และมีความน่าสนใจ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในขอบเขตของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันครั้งแรกที่ตำแหน่งของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยาที่ซับซ้อน และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1 ปี และไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร่วมกับมีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำตลอดระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา) และญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษาของผู้ป่วย
2. ดำเนินการค้นคว้าจากเอกสาร คู่มือ หนังสือ งานวิจัยและ Internet ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง
3. ดำเนินการศึกษา ประเมินปัญหาหรือความต้องการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง
4. สรุปและอภิปรายผลการศึกษาในกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง
5. จัดทำรูปเล่ม พร้อมทั้งมีการนำเสนอผลงานในรูปแบบวิชาการกรณีศึกษา โดยไม่ระบุชื่อผู้ป่วยในรายงานกรณีศึกษา ทั้งนี้เพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับตามจริยธรรม

เครื่องมือการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาจากประวัติทางเวชระเบียนย้อนหลัง โดยเลือกกรณีศึกษา 1 ราย (จากเวชระเบียนย้อนหลังภายใน 1 ปี) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ที่มาใช้บริการหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

กรอบแนวความคิดและทฤษฎี

กรอบแนวความคิดในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง โดยใช้การพยาบาล “แบบองค์รวม” เป็นการปฏิบัติ การพยาบาลที่ดูแลคนทั้งคน โดยครอบคลุมองค์ประกอบ ทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้ง สิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เน้นการดูแลให้ครบ ทุกส่วนไม่แยกจากกัน ตลอดทั้งการดำเนินถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ดูแลโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล ร่วมกับนำ กระบวนการพยาบาลมาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการ พยาบาล โดยมุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ช่วยลด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพและ การกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{9-11,12-14}

รายงานผู้ป่วย

โดยการทบทวนกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่ตำแหน่งของหลอดเลือดแดง ขนาดใหญ่ซึ่งอยู่ในภาวะฉุกเฉินและระยะวิกฤต และเข้ารับ การรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ที่มาใช้บริการ ภายในหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ดังนี้

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 39 ปี น้ำหนัก 90.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร BMI 39.17 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง

อาการสำคัญ: พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ร่วมกับมีแขนขาข้างขวา อ่อนแรง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ญาติให้ประวัติ 1 ชั่วโมงก่อน มาโรงพยาบาล ขณะนั่งทำงานร่วมกันอยู่ที่ลานบ้าน ผู้ป่วยบอกว่า จะเป็นลม ญาติจึงเข้าไปช่วยพุงและสังเกตพบผู้ป่วยมีอาการ พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ร่วมกับมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง จึงรีบนำส่ง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แพทย์เวร ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเมินอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัว $E_4M_6V_5$ pupil 3 min react to light ทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้าย Motor power grade 5 แขนขาข้างขวา Motor power grade 0 พูด ไม่ชัด ลิ้นแข็ง ความดันโลหิต 128/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 98% ให้การรักษาเบื้องต้น โดยเจาะเลือดส่งตรวจ, NPO, On 0.9%NSS 1,000 ml IV drip 120 ml/hr. ทาง Peripheral line และหลังส่งตรวจ CT Brain NC Emergency ผู้ป่วย $E_1M_4V_1$ pupil

3 min react to light ทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้าย Motor power grade 2 แขนขาข้างขวา Motor power grade 0 นำส่งกลับ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน On ET-Tube with Ventilator และ หลัง On ET-Tube ผู้ป่วยเรียกชื่อตื่นลืมตา รู้สึกตัว $E_3M_6V_T$ pupil 3 min react to light ทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้าย Motor power grade 2 แขนขาข้างขวา Motor power grade 0 แพทย์ รับประทานผล CT Brain NC ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะโรค หลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน พิจารณาส่งทำ CTA Brain Emergency และให้ Admit หอผู้ป่วย Stroke Unit เพื่อพิจารณา ให้ยารักษา rt-PA และ Run Mechanical Thrombectomy

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง มาประมาณ 1 ปี (รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง) ร่วมกับมีประวัติ ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำตลอดระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

อาการแรกเริ่มที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) : ผู้ป่วย $E_4M_6V_T$ pupil 3 min react to light ทั้งสองข้าง แขนขา ข้างซ้าย Motor power grade 2 แขนขาข้างขวา Motor power grade 0 หายใจ On ET-Tube with Ventilator หายใจสัมพันธ์ กับเครื่องช่วยหายใจดี NPO และ On NG tube with bag มี content เป็นเศษอาหารออกติดกันถุง Retained Foley's catheter มี urine ออก flow ดี สีเหลืองปกติ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 121/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส SpO_2 100 เปอร์เซ็นต์ Monitor EKG show Normal sinus rhythm การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

- ระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ: ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอน ลืมตาเอง และสามารถทำตามคำสั่งได้ถูกต้อง ประเมิน GCS ผู้ป่วย $E_4M_6V_T$ pupil 3 min react to light both eye แขนขา ข้างซ้าย Motor power grade 2 แขนขาข้างขวา Motor power grade 0 (ผลการตรวจ CT Brain NC พบ Suspected faint hypodense lesion involving left insular cortex and left external capsule. Probably early acute to acute left MCA territory infarction. และผลการตรวจ CTA Brain พบ Basilar artery occlusion.)

- ระบบทางเดินหายใจ: หายใจ On Oro - Endotracheal tube No.7.5 Marker 21 with Ventilator setting PCV mode หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย หอบ หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ส่วนปลาย 100% รูปร่างทรงอกปกติ การเคลื่อนไหวของ ทรวงอกสอดคล้องกับลักษณะการหายใจเข้าออก ฟังเสียงลมเข้า ออกปอดดังชัดเจนและเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่พบเสียงผิดปกติ (ผลการตรวจ Chest x - ray พบ Lung normal. No infiltration. ET-Tube ตำแหน่งเหมาะสม)

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด: อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ แรงดี ไม่พบเสียงผิดปกติ Monitor EKG show Normal sinus rhythm. ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/68 มิลลิเมตรปรอท (ผล Blood ที่ผิดปกติ WBC $14.62 \times 10^3/\mu\text{L}$ Neutrophil $7.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ Blood sugar 152 mg% Potassium 3 mmol/L)

- ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: NPO และ On NG tube with bag มี Content เป็นเศษอาหารออกติดกันถุง ไม่มีอาการกดเจ็บ ท้องไม่อืด ฟัง Bowel sound ได้ปกติ ประมาณ 6-8 ครั้งต่อนาที

- ระบบทางเดินปัสสาวะ: อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ไม่พบการอักเสบ/บาดแผล/สารคัดหลั่งที่ออกผิดปกติ Retained Foley's catheter No.16 with urine bag มี urine สีเหลืองใสออก flow ดี ไม่มีตะกอน

การวินิจฉัยโรค: โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน/ Acute ischemic stroke

การผ่าตัด: Mechanical Thrombectomy under General Anesthesia

การดำเนินของโรคระหว่างรับไว้ในการดูแล (ก่อนการผ่าตัด): ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอนลืมตาเอง สามารถทำตามคำสั่งได้ถูกต้อง ประเมิน GCS ผู้ป่วย $E_4 M_6 V_T$ pupil 3 min react to light ทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้าย Motor power grade 2 และแขนขาข้างขวา Motor power grade 0, หายใจ On ET-Tube No.7.5 Marker 21 with Ventilator setting PCV mode ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดี, Monitor EKG show Normal sinus rhythm., NPO, On 0.9%NSS 1,000 mL. IV drip 120 mL/hr., On NG tube with bag มี content เป็นเศษอาหารติดกันถุง, Retained Foley's catheter มี urine สีเหลืองออก flow ดี, การรักษาก่อนผ่าตัด ; (On set 07.40 น.) ให้อาหาร - PA (0.9 mg/kg.) = 52.2 mg. โดย 5.22 mg Bolus at 10.08 น. Then 46.98 mg. IV drip in 1 hr. at 10.10 น., เตรียมผู้ป่วย Run Mechanical Thrombectomy และแจ้งผู้ป่วยและญาติให้รับทราบข้อมูลการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจพบความดันโลหิตสูง 188/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 58 ครั้งต่อนาที แพทย์จึงให้การรักษาเพิ่มเติม ; On Nicardipine (1:5) IV drip 10 mL/hr.

โดยพบปัญหาทางการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) การพยาบาลระยะก่อนการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

1.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวลดลง เนื่องจากมีการไหลเวียนของเลือดลดลงจากภาวะหลอดเลือด

เลือดสมองตีบ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วย $E_4 M_6 V_T$ pupil 3 min react to light ทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power grade 2 แขนขาข้างขวา Motor power grade 0 หายใจ On ET-Tube No.7.5 Marker 21 with Ventilator setting PCV mode ไว้ตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 188/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 58 ครั้งต่อนาที และผลการตรวจ CTA Brain พบ Basilar artery occlusion

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยมีการกำซาบของเลือดเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง ความดันโลหิต 90 - 140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 95 - 100%

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินสัญญาณชีพและอาการทางสมอง ดูแลให้ได้รับ O_2 อย่างเพียงพอ On ET-Tube No.7.5 Marker 21 with Ventilator setting PCV mode ตามแผนการรักษา พร้อมกับติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย (SpO_2) มากกว่า 94% ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ ลดสิ่งกระตุ้นและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ดูแลให้ Absolute bed rest นอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา ศีรษะอยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการหักพับงอและกดทับหลอดเลือด Jugular ห้ามจัดท่านอนคว่ำ/ศีรษะต่ำ ให้สารน้ำและยา On Nicardipine (1:5) IV drip 10 mL/hr. Titrate ครั้งละ 3 mL/hr. ; Keep Systolic Blood Pressure (SBP) < 140 มิลลิเมตรปรอท และ > 90 มิลลิเมตรปรอท ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและติดตามผลข้างเคียงจากการได้รับสารน้ำและยาอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผล: ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS $E_4 M_6 V_T$ pupil 3 min react to light ทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้าย Motor power grade 2 แขนขาข้างขวา Motor power grade 0 ความดันโลหิต 140 - 160/80 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 - 37.3 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 100% Monitor EKG show Normal sinus rhythm.

1.2) ผู้ป่วยเสี่ยงมีภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยาก เนื่องจากอยู่ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วย (On set 07.40 น.) ได้รับยา rt - PA (0.9 mg/kg.) = 52.2 mg. โดย 5.22 mg Bolus (at 10.08 น.) Then 46.98 mg. IV drip in 1 hr. (at 10.10) ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 11.15 น.

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกในระบบต่างๆ ของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง ความดันโลหิต 90 - 140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะ Active bleeding/ External - Internal bleeding และผลการตรวจ Coagulation (PT = 11 - 13.4 Sec, aPTT = 22.7 - 28.8 Sec, INR = <1.25)

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินและเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด อาการที่บ่งบอกว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที ดูแลให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Bleeding precaution ดูแลยกไม้กั้นเตียง ขึ้นตลอดเวลาและแนะนำให้ญาติช่วยระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุหรือการกระแทก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Losec 40 mg IV ทุก 12 hr. เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากเกินไปและป้องกันการเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา

ประเมินผล: ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS E₄ M₆ V₄ pupil 3 min react to light ทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้าย Motor power grade 2 และแขนขาข้างขวา Motor power grade 0 ความดันโลหิต 140 - 160/80 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 - 37.3 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะ Active bleeding/External - Internal bleeding และผลตรวจ PT = 11.8 sec aPTT = 22.9 sec INR = 1.08

1.3) ญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล และญาติสอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาย่อยครั้ง

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวลและมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล: ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีความรู้เรื่องขั้นตอนการรักษาและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล: พยาบาลห้องผ่าตัดได้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนเริ่มผ่าตัด 45 นาที ณ จุดรับผู้ป่วยด้านหน้าห้องผ่าตัด (เนื่องจากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะดำเนินการซักประวัติการแพ้สารที่บ่งชี้ของผู้ป่วยจากญาติ ร่วมกับการตรวจสอบจากเวชระเบียนของผู้ป่วย) พยาบาลห้องผ่าตัดอธิบายให้ญาติรับทราบถึงขั้นตอนการรักษา ความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติสอบถามข้อสงสัย โดยพยาบาลผู้ดูแลตอบคำถามหรือข้อสงสัย และให้กำลังใจ พร้อมทั้งแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงให้ญาติทราบ

ประเมินผล: ญาติคลายความวิตกกังวลลง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการทำหัตถการและการรักษาด้วยวิธีผ่านสาย

สวนหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยได้รับ

2) การพยาบาลระยะระหว่างการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ได้แก่

2.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากสารที่บ่งชี้

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการฉีดสารทึบแสงเป็นครั้งแรก

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับการฉีดสารทึบแสง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90 - 140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 95 - 100% ไม่มีอาการแสดงของการแพ้สารที่บ่งชี้ เช่น ไม่มี ความดันต่ำ หลอดลมหดรัดเกร็ง ใบหน้า/กล่องเสียงบวม, ไม่มี ผื่นนูนแดง, ไม่มีภาวะช็อก หัวใจหยุดเต้น

กิจกรรมการพยาบาล: คัดกรองและตรวจสอบเกี่ยวกับภาวะแพ้สารที่บ่งชี้ เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพและสังเกตอาการแพ้สารที่บ่งชี้ต่อเนื่อง เตรียมและตรวจสอบให้เครื่องฉีดสารที่บ่งชี้อัตโนมัติให้พร้อมใช้งาน รวมถึงตรวจสอบปริมาณของสารที่บ่งชี้ที่ใช้ไม่ให้เกิดค่ากำหนด ประเมินหลอดเลือดดำบริเวณที่ให้สารน้ำ ให้แน่ใจว่าไม่มีการรั่วซึม รวมถึงสารน้ำและยาที่ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา และดูแลเตรียมรถ อุปกรณ์ช่วยชีวิตและยาไว้ให้พร้อมใช้งาน หากผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาการแพ้แบบรุนแรง

ประเมินผล: ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 130 - 140 /80 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 100% Monitor EKG show Normal sinus rhythm. ไม่เกิดภาวะแพ้สารที่บ่งชี้

2.2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในระหว่างการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด 67 นาที (ได้รับยา rt - PA เวลา 10.08 น. เข้าห้องผ่าตัดเวลา 11.15 น.)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90 - 140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 95 - 100% และไม่มี Active bleeding

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพในขณะที่ผ่าตัดทุก 5 นาที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ดูแล

ให้สารน้ำ เลือด/ส่วนประกอบของเลือด และยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามเจาะ Hct และภาวะ Active Bleeding ในระหว่างการผ่าตัด ประเมินและบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย

ประเมินผล: ในระหว่างการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิต 130 - 140/80 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 100% Monitor EKG show Normal sinus rhythm. ระหว่างการผ่าตัดมี Blood loss 200 มิลลิลิตร ผลบริเวณผิวหนังที่ผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองไม่มี Bleed ซึม

2.3) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติในระหว่างการรักษาในห้องผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: อุณหภูมิห้องผ่าตัด 21 - 23 องศาเซลเซียส (กลไกการควบคุมอุณหภูมิร่างกายบกพร่องจากได้รับยาสงบและหลังจากให้การระงับความรู้สึกไปแล้ว 45 นาที)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypothermia
เกณฑ์การประเมินผล: ในระหว่างการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypothermia ไม่เกิดอาการสั่น สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90 - 140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 95 - 100%

กิจกรรมการพยาบาล: ดูแลป้องกันและควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ ใช้เครื่องเป่าลมร้อน/ผ้าห่มไฟฟ้า เปิดฝาร่างกายผู้ป่วยให้น้อยที่สุด อุณหภูมิห้อง/เลือด/ส่วนประกอบของเลือดทุกชนิดที่จะให้ทางหลอดเลือดดำ ติดตามวัดอุณหภูมิร่างกาย

ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypothermia ไม่เกิดอาการสั่น ความดันโลหิต 130 - 140/80 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 100%

2.4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดรอยเขียวช้ำจากการผูกมัดและแผลกดทับจากการจัดทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ในระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยนอนในท่าเดียวเวลา 3 ชั่วโมง และจำเป็นต้องผูกมัด

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันเกิดรอยเขียวช้ำและแผลกดทับ
เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีรอยเขียวช้ำหลังการผูกมัดและไม่เกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูกที่ถูกกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วย ลดแรงกดทับที่เกิดบริเวณปุ่มกระดูกด้านหลังของร่างกาย โดยมีการจัดวางอุปกรณ์รองรับที่เหมาะสม ป้องกันไม่ให้บริเวณไหล่ถูกยึดติดมากเกินไป ไม่ผูกมัดแน่นจนเกินไป ตรวจสอบบริเวณที่ผูกมัดและมีการคลายที่ผูกมัดทุก 30 นาที และให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่เกิดรอยเขียวช้ำจากการผูกมัดและไม่เกิดแผลกดทับที่ปุ่มกระดูก

2.5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกค้างของวัสดุอุปกรณ์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน: ในการผ่าตัดมีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิด

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีสิ่งตกค้างในร่างกาย
เกณฑ์การประเมินผล: วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดตามชิ้นต่างๆ อยู่ครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล: จัดจำนวนและตำแหน่งของวัสดุอุปกรณ์ที่คล้ายแพทย์ใส่เข้าไปในบริเวณผ่าตัด, พยาบาลส่งเครื่องมือตรวจนับเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำผ่าตัด พยาบาลช่วยรอบนอกจัดบันทึกจำนวนในใบบันทึกและลงกระดานเพื่อให้ทีมมองเห็นสะดวกต่อการตรวจเช็ค

ประเมินผล: จากการตรวจนับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดอยู่ครบถ้วน ไม่มีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

3) การพยาบาลระยะหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ได้แก่

3.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงระหว่างทำหัตถการและขณะเคลื่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้และมีแขนขาอ่อนแรง เสี่ยงในการทำหัตถการมีลักษณะแคบ และหลังผ่าตัดเสร็จสิ้น ย้ายผู้ป่วยย้ายกลับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ทันที โดยไม่ ผ่านห้องพักฟื้น

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดอุบัติเหตุตลอดระยะเวลาที่ทำหัตถการและในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงระหว่างทำหัตถการและในขณะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด ไม่มีบาดเจ็บแผลฟกช้ำ/เลือดออกตามร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงและติดตามระดับความรู้สึกตัวตลอดระยะเวลาในการทำหัตถการและในขณะเคลื่อนย้าย ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบโดยเฉพาะที่พื้นควรแห้งและไม่มีสิ่งของกีดขวาง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเมื่อมีการเข็นเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลผูกยึดตรึงผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง โดยแจ้งผู้ป่วยและญาติให้ทราบเพื่อขออนุญาตก่อนทำการยึดตรึงผู้ป่วย ส่งเวรเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ดูแลให้มีพยาบาลห้องผ่าตัด/พยาบาลวิสัญญีช่วยติดตามนำส่ง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยด้วยความนุ่มนวล

ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกเตียงระหว่างทำหัตถการและขณะเคลื่อนย้าย

3.2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ Active Bleeding หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวน

หลอดเลือดสมอง มีแผลเจาะเข้าหลอดเลือดที่ขาหนีบข้างขวา บริเวณแผลมีเลือดซึม และหลังได้รับยา rt – PA 2 ชั่วโมง 32 นาที

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Active Bleeding หลังผ่าตัด/ภาวะเลือดออกบริเวณ Puncture Site และเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง หรือแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90-140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 95-100% สารน้ำเข้าและออกมีความสมดุล ไม่มีภาวะ Active bleeding เนื้อเยื่อส่วนปลายมีเลือดไปเลี้ยง ชีพจรบริเวณ Dorsalis pedis สม่าเสมอ ขาข้างที่ทำให้ผลการไม่ซิด/เย็น/ชา

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินและเฝ้าระวังภาวะ Active Bleeding สัญญาณชีพ ดูแลการหายใจและสังเกตภาวะ Hypoxia ติดตามภาวะมีเลือดออก ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา สังเกตอาการ Post – operative pain บันทึกจำนวนปัสสาวะและติดตามสารน้ำเข้าและออก ติดตามแผลบริเวณ Puncture site ดูแลสังเกตการบวมหรือการเกิด Hematoma หรือการมีเลือดออกที่บริเวณ Puncture site หากพบอาการผิดปกติ หรือมีเลือดไหลซึม ให้สวมถุงมือ Sterile กดแผลบริเวณดังกล่าวให้แน่น พร้อมกับรายงานแพทย์ให้รับทราบทันที ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยงอสะโพกขาข้างที่ทำให้ผลการใน 8 ชั่วโมงแรก ติดตามชีพจรบริเวณ Dorsalis pedis และลักษณะปลายเท้าทั้งสองข้าง หากคลำชีพจรบริเวณ Dorsalis pedis ได้เบา/คลำไม่ได้ ร่วมกับมีปลายเท้าเย็นลง รายงานแพทย์ให้รับทราบทันที

ประเมินผล: ในระหว่างการติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากห้องผ่าตัดไปถึงหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 120 - 130/60 - 70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 - 80 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย 100% เนื้อเยื่อส่วนปลายมีเลือดไปเลี้ยงปกติ ชีพจรบริเวณ Dorsalis Pedis ที่ขาทั้งสองข้าง สม่าเสมอเท่ากัน และไม่มี Active Bleeding

3.3) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลังการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน: เมื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 12 - 48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เช่น การจัดทำนอน การสังเกตอาการบวม/การเกิด Hematoma หรือการมีเลือดออกที่บริเวณ Puncture site, การติดตามลักษณะขาข้างที่ทำให้ผลการไม่ซิด/เย็น/มีอาการชา

กิจกรรมการพยาบาล: ดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เน้นการปฏิบัติตัว ได้แก่ การจัดทำนอนโดยห้ามงอขาข้างที่ใส่สายสวน สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์/พยาบาลทันที คือ อาการบวม รอยช้ำ เลือดคั่งใต้ผิวหนัง มีเลือดออกที่บริเวณใส่สายสวน ปลายเท้าขาข้างที่ทำให้ผลการซิด/เย็น/ชา ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชัก ชีวมลง หรือแผลผ่าตัดมีอาการบวมแดง/มีสิ่งคัดหลังผิดปกติออกจากบาดแผล

ประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล มีความรู้และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่ตำแหน่งของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่รายนี้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและระยะวิกฤตทางระบบประสาท ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะสารที่บ่งชี้ชักนำไปเกิดโรคไตวายเฉียบพลัน การเกิดเลือดออกในสมองหรือมีก้อนเลือดอุดตันซ้ำ หลังการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง อาการผิดปกติทางสมอง การบาดเจ็บจากการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง ภาวะเลือดออกบริเวณแผล Puncture site การขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณปลายเท้า ภาวะไม่สุขสบาย/ปวด และการติดเชื้อ ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลและเฝ้าระวังอาการสำคัญของผู้ป่วยในทุกๆระยะของการรักษา ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ทักษะความชำนาญในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้การวินิจฉัยและเริ่มรักษาใช้เวลาน้อยที่สุด พร้อมทั้งมีการเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด แก่ไขภาวะ แทรกซ้อนของโรคและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ พร้อมทั้งมีการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะโรคและการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1) ส่งเสริมการพัฒนาาระบบแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะอุดตันในสมองอย่างเฉียบพลัน/ในระยะฉุกเฉิน โดยสนับสนุนจัดทำแผนทีมห้องผ่าตัดให้มีการจัดเตรียมห้องผ่าตัดและตรวจสอบเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉินอยู่เสมอ และ

ส่งเสริมจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาท ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท (GCS, NIHSS) การแปลผลการตรวจ ฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ การบริหารยาที่จำเป็น

2) สนับสนุนและส่งเสริมการอบรมฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนและภาวะวิกฤตอย่างสม่ำเสมอ แก่บุคลากรทางการพยาบาลห้องผ่าตัด

3) ส่งเสริมและมีการจัดทำเอกสารทางวิชาการ จัดทำเอกสารประกอบการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ที่ทำการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้อง

สรุป

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองรายนี้ หลังการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (E₄M₆V₅ pupil 3 min react to light ทั้งสองข้าง เซนซาทั้งสองข้าง Motor power grade 5 all) สัญญาณชีพปกติ สามารถ Try off ET-Tube ได้ และหายใจได้เอง สารน้ำเข้าและออกมีความสมดุล ไม่มีภาวะ Active bleeding/ภาวะเลือดออกบริเวณ Puncture site และเนื้อเยื่อส่วนปลายมีเลือดไปเลี้ยงปกติ ซิพจรบริเวณ Dorsalis pedis ที่ขาทั้งสองข้างสม่ำเสมอเท่ากัน โดยผู้ป่วยเป็นภาวะฉุกฉินและวิกฤตทางระบบประสาท ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรอง ประเมินอาการแสดง การวินิจฉัยโรค และได้รับการรักษาพยาบาลที่ทันเวลา พร้อมทั้งได้มีการเตรียมความพร้อมทุกระยะ มีการทำงานเป็นทีมที่ดีระหว่างศัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด/การรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ในระยะหลังการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองจึงทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดความรุนแรงของโรคสำหรับผู้ป่วยรายนี้หลังการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากก่อนการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองมีภาวะสมองขาดเลือดสมองสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน

ผลลัพธ์การพยาบาลจากกรณีศึกษาผู้ป่วย โดยมีจุดเด่นของการพยาบาลผู้ป่วย คือ การให้การพยาบาล “แบบองค์รวม” เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลคนทั้งคน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เน้นการดูแลให้ครบทุกส่วนไม่แยกจากกัน ตลอดทั้งการคำนึงถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแล โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล โดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. วีรยุทธ ศรีทุมสุข, ชัยยุทธ โคตะรักษ์, สุกลักษณ์ นอใส, พรชัย จุลเมตต์. บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(1):47-55.
2. American Stroke Association. Heart Disease and Stroke Statistics – At-a-Glance [Internet]. Dallas, TX: American Heart Association; 2020 [cited Sep 1]. Available from: https://www.heart.org/adc/groups/ucm_470704.pdf
3. กิตติ เทียนขาว. โรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
4. ปริมล หงส์ศรี. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
5. สมหวัง โจนนะ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย; 2563.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาพรส; 2558.
7. ประมุข มุทิรากร. ภาวะฉุกฉินโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2559.
8. กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. ข้อมูลสถิติทางการแพทย์ ประจำปี 2565-2567. นครสวรรค์: โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์; 2568.
9. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพการประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: พิมพ์อักษร; 2557.
10. ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
11. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์; 2560.
12. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.
13. Linton AD. Introduction to Medical-Surgical Nursing. 5th ed. San Antonio: Elsevier; 2018.
14. Puderbaugh S, Weyland S, Andrea S. Medical – Surgical Nursing Care Planning Guides. America: United States; 2017.