

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองผ่านระบบช่องทางด่วน : กรณีศึกษา

Nursing Care for Intracerebral Hemorrhage Patient in Fast Track System: Case Study

ชัชวาลย์ เทียบเทียม, พย.บ.

Chatchawal Tiabtiam, B.N.S.

Abstract

Background: Stroke is a major global public health concern. The World Health Organization (WHO, 2023) reported that there are approximately 15 million new stroke cases annually, with about 5 million deaths and another 5 million resulting in permanent disability. In Thailand, the incidence of stroke is 517.26 per 100,000 population and has shown a rising trend. Intracerebral hemorrhage (ICH) accounts for 10–15% of all stroke cases and carries a high mortality rate of 40–50% within the first 30 days. Early management through the Stroke Fast Track system, which emphasizes multidisciplinary collaboration, is crucial to improving survival and reducing disability.

Objective: This study aimed to explore the nursing process and treatment outcomes of patient with ICH managed through the Stroke Fast Track system.

Methods: A targeted case study was conducted using three-year retrospective hospital data from Sawanpracharak Hospital, which showed a continuous increase in patients admitted to the Fast Track system and an annual average of 20–25 patients requiring neurosurgery.

Case Presentation: The case involved a 33-year-old Thai male presenting with decreased consciousness and limb weakness. Brain Computed tomography revealed a cerebellar hemorrhage. The patient underwent right suboccipital craniectomy with hematoma removal and was admitted to the Sub-ICU. Nurses care included screening, coordination, postoperative management, and rehabilitation.

Results: The patient demonstrated good recovery without complications, was hospitalized for 12 days, and was discharged with normal motor power.

conclusion: integration of the Stroke Fast Track system with effective nursing competencies played a crucial role in reducing disease severity and improving the patient's quality of life. These findings can inform quality improvement initiatives and service management for stroke care.

Keywords: Stroke, Intracerebral hemorrhage, Fast Track system, Nursing care

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีผู้ป่วยใหม่กว่า 15 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านคน และอีก 5 ล้านคนมีความพิการถาวร สำหรับประเทศไทยอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 517.26 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage: ICH) พบได้ร้อยละ 10–15 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40–50 ภายใน 30 วันแรก ปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตคือการได้รับการรักษาที่รวดเร็วผ่านระบบ Stroke Fast Track ซึ่งเน้นการประสานงานแบบสหสาขาวิชาชีพ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่เข้ารับการรักษาผ่าน

วันที่รับ (received) 5 กันยายน 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ตุลาคม 2568

Published online ahead of print 3 ตุลาคม 2568

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัด นครสวรรค์
Department of Nursing, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan

Corresponding Author: ชัชวาลย์ เทียบเทียม

Department of Nursing, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan

Email: er.shutterkung@gmail.com

doi:

ระบบช่องทางด่วน โดยใช้การศึกษากรณีศึกษาแบบเจาะจง

กรณีศึกษาคือผู้ป่วยชายไทยอายุ 33 ปี มีอาการซึม แขนขาอ่อนแรง ตรวจ CT Brain พบภาวะ Cerebellar hemorrhage ได้รับการผ่าตัด Rt Suboccipital craniectomy with hematoma removal และเข้ารับการรักษาใน Sub ICU โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การคัดกรอง ผู้ป่วย การประสานงาน การดูแลก่อนผ่าตัด ผลลัพธ์ การรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลรวม 12 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน ได้โดยมี Motor Power ระดับปกติ

สรุปได้ว่าระบบ Fast Track ร่วมกับสมรรถนะการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพมีส่วนสำคัญในการลดความรุนแรงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ทั้งนี้ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะเลือดออกในสมอง, ระบบ Fast Track, การพยาบาล, รายการกรณีศึกษา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2023 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านคน และอีก 5 ล้านคนเกิดความพิการถาวร¹ สำหรับประเทศไทยพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 517.26 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง²

ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage: ICH) พบได้ร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 - 50 ภายใน 30 วันแรก³ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตและลดความพิการคือการได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด การได้รับการผ่าตัดภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 30⁴

ระบบ Fast Track เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วนที่มีการจัดระบบบริการและประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้ระบบ Fast Track สามารถลดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาที่จำเป็น (Door-to-needle time และ Door-to-operation time) ได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในระบบ Fast Track พบปัญหาความล่าช้าในการคัดกรอง การประเมินอาการ การประสานงาน และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการรักษา การศึกษาพบว่าสมรรถนะของพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ⁶ นอกจากนี้ การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการดูแลครอบครัวมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว⁷

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้พัฒนาระบบ Stroke Fast Track มาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2021-2023 มีผู้ป่วยเข้าระบบ Fast Track จำนวน 949 ราย, 1182 ราย และ 1160 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มในการเข้าถึงระบบ Fast Track Stroke เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าระบบ Fast Track นี้ จากผล CT brain พบมีภาวะเลือดออกในสมองที่เข้าเกณฑ์ช่องทางด่วนที่ต้องผ่าตัดสมอง จำนวน 22 ราย, 25 ราย และ 21 รายตามลำดับ การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองผ่านระบบช่องทางด่วนกรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลของผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการดูแลผ่านระบบ Stroke Fast Track ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและระบบบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่เข้ารับการรักษาระบบ Fast Track
2. เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์และปัญหาการพยาบาลที่พบในกรณีศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ผ่านมาในรอบ 3 ปี เพื่อสำรวจ อัตราป่วยของโรคเลือดออกในสมองผ่านระบบช่องทางด่วนและนำมาใช้ในการวางแผนกำหนดการเลือกกรณีศึกษา
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 1 ราย เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 33 ปี วินิจฉัยโรค Right Cerebellar Hemorrhage จากผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองผ่านระบบช่องทางด่วน
3. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ ประวัติทางการแพทย์ป่วยในอดีต และปัจจุบัน ประวัติครอบครัวสุขภาพเศรษฐกิจ และสังคม พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
4. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาลที่มารักษาด้วยโรคเลือดออกในสมองผ่านระบบช่องทางด่วน จากตำราวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งค้นทาง Internet เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา เชื่อมโยงกับมาตรฐานการพยาบาล/แนวทางการรักษาระบบ Fast Track ของหน่วยงาน
5. ได้ขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
6. ปรีกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์และแพทย์มีความชำนาญการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้ทำ การรักษาเพื่อ

เป็นข้อมูลในการศึกษา

7. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ยืนยันจากกรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ
8. สรุปกรณีศึกษา จัดทำรูปเล่ม

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษาเรื่อง

การพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองผ่านระบบ
ช่องทางด่วน: กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 33 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
ศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง
ทั่วไป ภูมิลำเนาอำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์

วินิจฉัยโรค Right Cerebellar Hemorrhage

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาด้้นซ้ายอ่อนแรง 1 ชั่วโมง
หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์นำส่งมาโรงพยาบาล
โดย Activated Stroke Fast track มา

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก
รับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ทุเลา 20 นาที ก่อนมา
โรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมลง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขา
ด้้นซ้ายอ่อนแรง ญาติจึงโทรแจ้ง 1669 ขอรถพยาบาลมารับ

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติโรคไตเรื้อรัง รักษาไม่ต่อเนื่อง
ผู้ป่วยปฏิเสธการแพทย์และอาหารทุกชนิด
ผู้ป่วยไม่มีประวัติสูบบุหรี่ และดื่มสุรา

การประเมิน	ตรวจพบ
การประเมินสภาพผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ (EMS) โดยใช้หลัก Primary survey	
เวลา 18.54 น. EMS ถึงบ้านผู้ป่วย	
A - Airway maintenance (ประเมินระบบทางเดินหายใจ)	ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ แต่มีใบหน้าเขียว มุมปาก ด้านขวาตก พูดไม่ชัด
B - Breathing and ventilation (ประเมินระบบหายใจ)	ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที S_{pO_2} 97 เปอร์เซ็นต์
C - Circulation (ประเมินระบบไหลเวียน)	ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกที่บริเวณใดในร่างกาย ไม่มีเหงื่อออก ไม่มีตัวเย็น ความดัน โลหิต 215/106 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที
D - Disability (ประเมินระบบประสาท)	$E_4V_4M_6$ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขา ด้านขวา เกรด 4, แขนขาด้้นซ้าย เกรด 3 DTX 112 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
ประเมินสภาพผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ (EMS) ใช้หลัก BEFAST	
B - Balance (การทรงตัว)	ปวด เวียนศีรษะ เดินเซ
E - Eyes (สายตา)	การมองเห็นปกติ
F - Face (ใบหน้า)	มีใบหน้าเขียว มุมปากด้านขวาตก
A - Arm (แขนขา)	แขนขาด้้นซ้ายอ่อนแรง Motor power แขนขาด้้นขวา เกรด 4, แขนขาด้้น ซ้าย เกรด 3
S - Speech (การพูด)	ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด
T - Time (เวลา)	Last seen normal 18.00 น.
ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน โดยใช้หลัก Primary survey	
เวลา 19.00 น. EMS นำผู้ป่วยที่ส่งห้องฉุกเฉิน	
A - Airway maintenance (ประเมินระบบทางเดินหายใจ)	ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ แต่มีใบหน้าเขียว มุมปาก ด้านขวาตก พูดไม่ชัด
B - Breathing and ventilation (ประเมินระบบหายใจ)	ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที S_{pO_2} 100 เปอร์เซ็นต์ หายใจสม่ำเสมอไม่มีเขียว
C - Circulation (ประเมินระบบไหลเวียน)	ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกที่บริเวณใดในร่างกาย ไม่มีเหงื่อออก ไม่มีตัวเย็น ความดัน โลหิต 254/195 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที
D - Disability (ประเมินระบบประสาท)	$E_3V_5M_6$ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง Motor power แขน ขาด้้นขวา เกรด 4, แขนขาด้้นซ้าย เกรด 3 DTX 121 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

การประเมิน	ตรวจพบ
ประเมิน Secondary survey โดยใช้หลัก SAMPLE และ ตรวจร่างกาย Head to toe	
Signs and symptoms	ผู้ป่วยมีอาการแขนข้าง พวดไม่ชัด แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง
Allergies และสารอื่น ๆ	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารทุกชนิด
Medication	รับประทานยาแก้ปวด 18.00 น. ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
Pertinent past history	U/D CKD รักษาไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธการผ่าตัด การนอนโรงพยาบาลที่ผ่านมา
Last meal	18.00 น. (รับประทานยาแก้ปวดศีรษะและน้ำ)
Event	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะมาก รับประทานยาแก้ปวดแล้ว อาการไม่ทุเลา ขณะกำลังจะเข้านอน ผู้ป่วยล้มลง ล้มแขนข้าง พวดไม่ชัด แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง ปฏิเสธได้รับอุบัติเหตุ
General appearance	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 33 ปี รถ EMSโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์นำส่งด้วยอาการแขนข้าง พวดไม่ชัด แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง Activated Stroke Fast Track มา แกรับผู้ป่วยมาโดยรถนอน ชีพ E ₃ V ₅ M ₆ หายใจได้เอง แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง

ตรวจร่างกาย ศีรษะจรดเท้า

ศีรษะ: ศีรษะตั้งอยู่กลางลำคอ ขนาดปกติรูปร่างกลม สมมาตรทั้ง 2 ไม่มีแผล ผสมสันสีดำ หนังศีรษะขึ้น สะอาด ไม่มีรอยโรค

ใบหน้า: อวัยวะบนใบหน้า 2 ข้างสมมาตรกัน ไม่บวม ผิวหน้า ละเอียด คลำไม่พบก้อนทุม ไม่มีแผลเป็น

ตา: ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจน Pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยา ต่อแสงทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาสีชมพู

หู: หูขนาดรูปร่างปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง อยู่ในแนว Eye Occiput line มีซีหูเล็กน้อย ไม่มี Discharge ที่ผิดปกติ

จมูก: จมูกมีความสมมาตรกัน ไม่คด ไม่เอียงหรือผิดปกติ ปีกจมูกไม่บาน ไม่มี รอยโรค กดไม่เจ็บ เยื่อจมูกชุ่มชื้น ไม่มีการอักเสบ ผื่นงั้นจมูกไม่มี ทะลุ ไม่มี Discharge ผิดปกติ

ปาก: ปากเบี้ยว มุมปากด้านขวาตก เยื่อช่องปากชุ่มชื้น ไม่มีรอยโรค

คอ: มีความสมมาตรกันไม่มีรอยโรค ไม่มีการโป่งของ หลอดเลือดที่คอ ไม่เห็นการเต้นของชีพจรที่คอ ตำแหน่งของ หลอดลมตั้งอยู่ตรงกลาง ไม่เอียงไปทางด้านซ้ายหรือขวา ต่อไทรอยด์ไม่โต

ผิวหนัง: ผิวสีดำนวล มีความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่มี อาการบวม ไม่มีผื่นหรือ จุดจ้ำเลือด ไม่มีแผลฟกช้ำ ไม่มีผิวหนัง เจริญหรือม่วง

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก : หน้าอกสมมาตรกัน ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอกตึงหรือบวม ไม่มีอกถึงหรืออกโก่ หายใจได้เอง สม่ำเสมอ ฟังเสียงปอดปกติ เสียงลมเข้าปอดเท่ากันดีทั้ง 2 ข้าง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจปกติ จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ

ระบบทางเดินอาหาร: ท้องรูปร่างกลมทั้งสองข้างสมมาตร กัน นุ่ม ไม่มีการกดเจ็บ ไม่มีก้อน ไม่เคยมีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ไม่มีอาการท้องอืด คลำตบม้ามไม่พบ เสียงการเคลื่อนไหวของ ลำไส้ปกติ

ระบบประสาท: ผู้ป่วยชีพ E₃V₅M₆ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง รับรู้ตัวเองและสิ่งแวดล้อมได้

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: แนวกระดูกสันหลังสมมาตร ทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขาด้านขวา เกรด 4, แขนขาด้านซ้าย เกรด 3

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ไม่มีปัสสาวะลำบาก หรือมีเลือดปน ระบบต่อมไร้ท่อ: ต่อมไร้ท่อและต่อมอ่อนทำงานปกติ ไม่มี ประวัติเบาหวาน

ระบบต่อมน้ำเหลือง: คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกาย โตผิดปกติ กดไม่เจ็บ

สภาพจิตใจ: ไม่เคยมีปัญหาทางจิตประสาท

แผนการรักษาของแพทย์

เวลา 19.00 น. - Activated Stroke fast track

เวลา 19.00 น. - DTX 121 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

เวลา 19.00 น. - NSS 1000 ml IV drip 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง จาก EMS

เวลา 19.05 น. - EKG : Normal sinus rhythm

เวลา 19.10 น. - ส่ง X – Ray : No infiltration

เวลา 19.10 น. - ส่ง CT Brain Emergency

เวลา 19.10 น. - ส่ง Lab

- CBC, PT, PTT

- BUN, Creatinine, Electrolytes

รายการ	ผล	หน่วย	ค่าปกติ	การแปลผล
Complete Blood Count				
Hb	14.9	g/dL	12.7-16.9	ปกติ
HCT (Tube)	43.7	%	40.3-51.9	ปกติ
RBC Count	4.91	10 ⁶ /uL	4.20-6.10	ปกติ
Platelet Count	167	10 ³ /uL	160-356	ปกติ
Coagulation Test				
PT	11.9	Sec.	11.0-13.4 Sec.	ปกติ
INR	1.02	-	-	ปกติ
APTT	21.0 ↓	Sec.	22.7-28.8 Sec.	ต่ำกว่าปกติ
Electrolyte				
Sodium	139	mmol/L	136-146 mmol/L	ปกติ
Potassium	2.87 ↓	mmol/L	3.5-5.1 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Chloride	104	mmol/L	101-109 mmol/L	ปกติ
CO2	22	mmol/L	21-31 mmol/L	ปกติ
Creatinine, eGFR				
Creatinine	2.02	mg/dL	0.72-1.18 mg/dL	ปกติ
eGFR	42.08	mL/min/1.732		ปกติ
Glucose - OPD	142	mg/dL	74-99 mg/dL	ปกติ
BUN	17	mg/dL	8-20 g/dL	ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดของเนื้อสมองไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวาง

ข้อมูลสนับสนุน

- แกร็บ: ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง สามารถทำตามคำสั่งได้
- ผู้ป่วย Glasgow Coma scale E₃V₅M₆ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง ประเมิน NIHSS 9 คะแนน
- สัญญาณชีพแกร็บ ความดันโลหิต 254/195 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที S_pO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส
- แพทย์ Activated Stroke Fast Track

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยมีระบบการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองเพียงพอ หรือมีการกำซาบของเลือดเพียงพอ และระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี/ ระดับความรู้สึกตัวคงเดิม ไม่ลดลง และ

ไม่มีอาการแสดงของภาวะชักเกร็ง หรือ IICP เช่น SBP สูงขึ้นมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท, Pulse pressure กว้าง, ชีพจรช้าลง และการหายใจผิดปกติ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90 - 140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส S_pO₂ 100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท Motor power อาการชัก อาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทุก 15 นาที เมื่อพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ให้รับทราบทันที เช่น มีอาการชัก ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงจากภาวะกระสับกระส่ายแล้วเปลี่ยนเป็นอาการหยุดนิ่ง ระดับคะแนน Glasgow Coma scale ลดลง 1 - 2 คะแนน SBP สูงขึ้นมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure กว้าง ชีพจรช้าลง เป็นต้น
2. ดูแลทางเดินหายใจ โดยประเมินสภาพทางเดินหายใจ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ เพื่อป้องกันระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ และดูแลจัดท่านอน จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะ

สูงประมาณ 30 องศา เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ดูแลให้นอนพักผ่อนแบบเอนเตียงสงบ/ นอน (Absolute bed rest) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและลดสิ่งกระตุ้น เพื่อช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ โดย On E-T Tube No.8 Mark 22 เซนติเมตร ต่อเครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งสังเกตภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) อย่างใกล้ชิด และติดตามบันทึกค่า S_pO_2 ทุก 10 - 20 นาที เพื่อประเมินเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่

4. บริหารยา Nicardipine : ให้ยา Nicardipine 1:5 IV drip 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ

5. ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารไว้ก่อน เพื่อป้องกันระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน และหลอดเลือดดำอักเสบอย่างต่อเนื่อง

6. สังเกตอาการปวดศีรษะที่รุนแรงขึ้น อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงภาวะมีเลือดออกในสมอง หรือมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันมากขึ้น

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เพื่อยืนยันวินิจฉัยและรายงานให้แพทย์ทราบทันที เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้อง

8. ดูแลส่งผู้ป่วยทำ CT Brain Emergency ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมติดตามผลอ่าน

9. ประสานงานไปยังแผนกต่างๆ เพื่อส่งตรวจพิเศษ เช่น ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้อง CT scan ห้อง X-ray และเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ประเมินผล

ประเมินผู้ป่วยซ้ำ หลังจากกลับมาจาก CT Brain, CXR ผู้ป่วยซึมลง Glasgow Coma scale ผู้ป่วย $E_3V_2M_4$ pupil 3 min มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขวาด้านขวาเกรด 4, แขนขวาด้านซ้าย เกรด 3 (เท่าเดิม) ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีภาวะ IICP สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 286/117 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 83 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที S_pO_2 99 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส

เวลา 19.21 น.: แพทย์ดูแล CT Brain พบ Cerebellar hemorrhage จึง Off Fast Track Stroke

แต่อาการของผู้ป่วยเข้า Criteria Spontaneous intracerebral hemorrhage fast track

- Cerebellar hemorrhage
- มีขนาดเลือด 14.1 มิลลิลิตร (มากกว่า 4 เซนติเมตร)
- Glasgow Coma scale : $E_3V_2M_4$ (Glasgow Coma

scale ≤ 13)

เวลา 19.30 น.: ประเมินอาการของผู้ป่วยทางระบบประสาทซ้ำ พบว่าผู้ป่วยซึมลงจาก Glasgow Coma scale ผู้ป่วย $E_3V_5M_6$ เป็น $E_2V_2M_5$ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 289/177 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที S_pO_2 97 เปอร์เซ็นต์

แผนการรักษาของแพทย์

เวลา 19.32 น. - แพทย์อธิบายเรื่องโรคและแผนการรักษา ความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจกับญาติรับทราบ ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา และยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจ

เวลา 19.35 น. - Etomidate 20 มิลลิกรัม IV ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ

เวลา 19.37 น. - on Endotracheal Tube No.8.0 Mark 22 เซนติเมตร

เวลา 19.38 น. - Nicardipine 1:5 IV drip 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

เวลา 19.49 น. - Consult Neurosurgeon Activated Intracerebral Hemorrhage Fast Track

Set Craniotomy to remove cerebellar hematoma

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล:

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ การชักเกร็ง หายใจผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

- ความดันโลหิต 289/177 มิลลิเมตรปรอท
- ผล CT Brain พบ Cerebellar hemorrhage
- ผู้ป่วยซึมลงจาก Glasgow Coma scale $E_3V_5M_6$ เป็น $E_2V_2M_5$ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง
- Motor power แขนขวาด้านขวา เกรด 4, แขนขวาด้านซ้าย เกรด 3
- ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ PT = 11.9 Sec. INR = 1.02

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงเดิม ไม่ลดลง และไม่มีอาการแสดงของภาวะชักเกร็ง หรือ IICP เช่น SBP สูงขึ้นมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท, Pulse pressure กว้าง, ชีพจรช้าลง และการหายใจผิดปกติ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90 - 140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยวัดความดันโลหิตและชีพจรทุก 10 - 20 นาที ในช่วงแรก และเมื่ออาการคงที่แล้วให้วัดทุก 1 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์
2. จัดท่านอนศีรษะสูง ไม่เกิน 30 องศา เพื่อช่วยให้เลือด

ไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก

3. บริหารยา Nicardipine : ให้ยา Nicardipine 1:5 ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ

4. ติดตามผลตอบสนองยาลดความดัน: บันทึก Dose/time/response; ฝ้าระวังอาการจากการลดความดัน (ปวดศีรษะมึนงง) และแจ้งแพทย์หากไม่ตอบสนอง

ประเมินผล

หลังผู้ป่วยกลับจาก CT Brain, CXR ผู้ป่วยซึมลงจาก Glasgow Coma scale ผู้ป่วย $E_3V_5M_6$ เป็น $E_2V_2M_5$ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง แพทย์คุยอาการและการรักษากับญาติ ตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจ หลังผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ Glasgow Coma scale ผู้ป่วย $E_1V_1M_5$ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 213/137 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 123 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ S_pO_2 99 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: ภาวะเลือดออกในสมองอย่างรุนแรงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (ICP)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ข้อมูลสนับสนุน

- อาการของผู้ป่วยเข้า Criteria Spontaneous intracerebral hemorrhage fast track
 - Cerebellar hemorrhage
 - มีขนาดเลือด 14.1 มิลลิเมตร (มากกว่า 4 เซนติเมตร)
 - Glasgow Coma scale $E_3V_2M_4$ (GCS ≤ 13)
- ความดันโลหิต 289/177 มิลลิเมตรปรอท
- หลังจาก Consult Neurosurgeon Activated Intracerebral Hemorrhage Fast Track Set Craniotomy to remove cerebellar hematoma

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้เข้าการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ระดับความรู้สึกตัวคงเดิม ไม่ลดลง และไม่มีอาการแสดงของภาวะชักเกร็ง หรือ IICP เช่น SBP สูงขึ้นมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท, Pulse pressure กว้าง, ชีพจรช้าลง และการหายใจผิดปกติ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90 - 140/60 - 90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma scale) อย่างต่อเนื่อง ทุก 10 - 20 นาที เนื่องจากผู้ป่วยมี Glasgow Coma scale ที่

ลดลงอย่างรวดเร็วจาก $E_3V_5M_6$ เป็น $E_2V_2M_5$ และจัดทำศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก และลด ICP

2. ประสานงานแพทย์ระบบศัลยกรรมประสาทเพื่อรายงานอาการของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ระบบ Spontaneous intracerebral hemorrhage fast track

3. ประสานงานห้องผ่าตัด แจ้งรายละเอียดของผู้ป่วยเพื่อเตรียมอุปกรณ์การผ่าตัด ซึ่งแพทย์ระบบศัลยกรรมประสาท Set Craniotomy to remove cerebellar hematoma

4. ประสานงานหอผู้ป่วย แจ้งรายละเอียดของผู้ป่วยเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และส่งต่อแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

5. การเตรียมผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

- ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ประสานงานห้องธนาคารเลือด เพื่อเตรียมเลือดให้พร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัด
- ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ก่อนการผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อระหว่างการผ่าตัด
- ดูแลความสะอาดของผิวหนังที่ศีรษะ บริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยการโกนผม
- เตรียมเอกสาร: ใบเซ็นต์ชื่อยินยอมรักษาโดยการผ่าตัด
- ติดป้ายข้อมือชื่อผู้ป่วย

6. บริหารยาและเตรียมพร้อมผ่าตัด: ดูแลการให้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษา รวมถึงเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและเอกสารสำหรับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) ตามคำปรึกษาของแพทย์ศัลยกรรมประสาท

7. ประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อน: สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ ICP ที่เพิ่มขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง และรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้สามารถให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที

ประเมินผล

ผู้ป่วยถูก Activated Intracerebral Hemorrhage Fast Track โดย Set Craniotomy to remove cerebellar hematoma ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลอยู่หอผู้ป่วย Sub ICU Post operation for Rt suboccipital craniectomy with remove hematoma under GA ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว Glasgow Coma scale $E1V1M1$ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขาเกร็ง 0 ทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 197/139 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ S_pO_2 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และแนวทางการรักษา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ ให้เข้าใจโรค ภาวะของผู้ป่วย และแผนการรักษาอย่างถูกต้อง
2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างมั่นใจ

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติสอบถามเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น และรายละเอียดของการรักษาด้วยการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ญาติเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษาและการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักถามความรู้ ความเข้าใจ และข้อกังวลของญาติ
2. สังเกตสัญญาณของความเครียด เช่น น้ำเสียง ท่าทาง น้ำตา การถามซ้ำให้ข้อมูลโรคและแนวทางการรักษาอย่างเป็นระบบ
3. อธิบายสาเหตุ ภาวะเลือดออกในสมอง ผลตรวจที่สำคัญ และเหตุผลในการรักษาหรือการผ่าตัดใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เลี่ยงศัพท์เทคนิค และตรวจสอบความเข้าใจด้วยการให้ญาติทวนสิ่งที่เข้าใจสร้างบรรยากาศเอื้อต่อการสื่อสาร
4. จัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ลดเสียงรบกวน
5. ใช้ทักษะการสื่อสารแบบ NURSE (Name, Understand, Respect, Support, Explore) เปิดโอกาสให้ซักถามและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้ความเวลาในการถามข้อสงสัยทุกประเด็น
6. เชิญแพทย์หรือทีมสหสาขามาช่วยตอบคำถามเมื่อมีเรื่องเฉพาะทาง
7. สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์รับฟังความรู้สึกโดยไม่ตัดสิน ให้กำลังใจ
8. ประเมินความเข้าใจและระดับความวิตกกังวลซ้ำ (ด้วยการสนทนาหรือแบบประเมินสั้น) สังเกตการแสดงออกว่ามีความสงบขึ้น ตัดสินใจร่วมกับทีมได้

ประเมินผล

1. ญาติสามารถอธิบายโรคและแผนการรักษาได้ถูกต้องอย่างน้อย 2-3 ประเด็น
2. ระดับความวิตกกังวลลดลง แสดงออกว่ามีความมั่นใจมากขึ้น
3. ญาติร่วมมือในการตัดสินใจและให้ข้อมูลแก่ทีมสุขภาพได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: เสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย/ห้องฉุกเฉินไปยังห้องผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยถูก Activated Intracerebral Hemorrhage Fast Track โดย Set Craniotomy to remove cerebellar hematoma ต้องเข้าห้องผ่าตัดด่วน
- ก่อนออกจาก ER ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว Glasgow Coma scale E₂V₁M₅ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนทางด้านขวา เกรด 4, แขนทางด้านซ้าย เกรด 3

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย เช่น ตกเตียง, ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด, สารน้ำเลื่อนหลุด หรือหัวใจหลุดเด่นระหว่างนำส่ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) การหายใจ ความคงที่ของ Hemodynamic ตรวจสอบการยึดท่อช่วยหายใจ สายน้ำเกลือ สายระบาย หรือสายสวนต่างๆ ว่าอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัยและทำงานได้
 2. เตรียมอุปกรณ์และบุคลากรอย่างครบถ้วน ได้แก่ จัดทีมเคลื่อนย้ายให้เพียงพอ พยาบาล 2 คน พร้อมเจ้าหน้าที่ศูนย์แปลเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน เครื่องช่วยหายใจแบบพกพา, ถังออกซิเจน, Ambu bag, เครื่องดูดเสมหะ, เครื่องติดตามสัญญาณชีพ, ชุดช่วยฟื้นคืนชีพ และยาเร่งด่วน
 3. ยึดอุปกรณ์และผู้ป่วยให้แน่นหนา ได้แก่ รัดสาย ETT, IV line, สายสวนปัสสาวะ และสายระบายให้แน่นคง จัดผู้ป่วยบนเตียง/รถเข็นให้ปลอดภัย ใช้สายรัดนิรภัยและยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง
 4. ฝ้าติดตามระหว่างการเคลื่อนย้าย ได้แก่ ติดตามสัญญาณชีพ (BP, HR, RR, S_pO₂) และการทำงานของเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง สังเกตการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว สีผิว การหายใจ หากมีความผิดปกติให้หยุดเคลื่อนย้ายและให้การช่วยเหลือทันที
 5. สื่อสารและประสานงานกับหน่วยงาน ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรมประสาท เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยใช้รูปแบบรายงาน SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ในการส่งต่อข้อมูลให้ครบถ้วน
 6. ประเมินผลหลังเคลื่อนย้าย ได้แก่ ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยและอุปกรณ์อีกครั้งเมื่อถึงจุดหมาย บันทึกเวลา รายละเอียดเหตุการณ์ และภาวะแทรกซ้อน
- ประเมินผล**
1. ผู้ป่วยถึงจุดหมายโดยไม่มีการหลุดของท่อหรือสายต่าง ๆ
 2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ความดันโลหิตตก หรือการบาดเจ็บทางกาย
 3. ทีมบุคลากรสามารถรายงานข้อมูลการเคลื่อนย้ายและสภาพผู้ป่วยได้ครบถ้วน

สรุปกรณีผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 33 ปี ญาติโทรแจ้ง 1669 ออกรับด้วยอาการไม่รู้สึกตัว ลิ้นแข็ง พุดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง 1 ชั่วโมง แกรับ EMS ผู้ป่วยซึม $E_4V_4M_6$ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง แขนขาอ่อนแรง Motor power แขนขาอ่อนแรงเกรด 4, แขนขาอ่อนแรงเกรด 3 เจาะ DTX = 112 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อาการของผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track จึง Activated Stroke Fast Track มาจากที่เกิดเหตุ

แรกรับ ER ผู้ป่วยซึม $E_3V_5M_6$ pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขาอ่อนแรงเกรด 4, แขนขาอ่อนแรงเกรด 3 DTX 121 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จึง Run Stroke Fast Track ต่อจาก EMS โดยส่ง CT Brain Emergency ผล CT Brain พบว่ามี Cerebellar hemorrhage เป็นข้อห้ามในการให้ยา rt-PA จึง Off Fast Track Stroke แต่อาการของผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Spontaneous intracerebral hemorrhage fast track (มี Cerebellar hemorrhage, $GCS \leq 13 (E_3V_2M_4)$) จึง Consult Neurosurgeon Activated Spontaneous Intracerebral Hemorrhage Fast Track Set Craniotomy to remove cerebellar hematoma post operation admit หอผู้ป่วย Sub ICU

แรกรับหอผู้ป่วย Sub ICU Post operation for Rt suboccipital craniectomy with remove hematoma under GA ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว $E_1V_1M_1$ pupil 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขาเกรด 0 ทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 197/139 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ S_pO_2 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567 เวลา 15.30 น. แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วย $E_4V_4M_6$ Motor Power grad 5 all มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะปิดก๊อชไว้ ไม่มีเลือดซึม หายใจได้เอง แพทย์ให้นัดตรวจติดตามอาการ OPD Neuro surg วันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 12 วัน

สรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ได้รับการรักษาในระบบ Fast Track ร่วมกับบทบาทพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเลือด

ออกในสมอง รายนี้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ฟันตัวโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และกลับบ้านได้ภายใน 12 วัน ซึ่งสั้นกว่ารายงานอื่นที่เฉลี่ย 14–21 วัน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบ Fast Track และบทบาทของพยาบาล แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดศึกษาเพียงผู้ป่วยรายเดียว ไม่สามารถสรุปเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2023
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2023
3. American Stroke Association. Spot a Stroke F.A.S.T. materials & resources. Dallas: American Stroke Association; 2023
4. Smith MC, Barber PA, Scrivener BJ, Stinear CM. The TWIST tool predicts when patients will recover independent walking after stroke: an observational study. *Neurorehabil Neural Repair*. 2022;36(7):461–71. Doi:10.1177/15459683221085287
5. Johnson KH, Gardener H, Gutierrez C, Marulanda E, Campo-Bustillo I, Gordon-Perue G, et al. Disparities in transitions of acute stroke care: the Transitions of Care Stroke Disparities Study methodological report. *JStrokeCerebrovascDis*. 2023;32(9):107251. Doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107251
6. Thompson ED, Pohlig RT, McCartney KM, Hornby TG, Kasner SE, Raser-Schramm J, et al. Increasing activity after stroke: a randomized controlled trial of high-intensity walking and step-activity intervention. *Stroke*. 2024;55(1):5–13. Doi:10.1161/STROKEAHA.123.044596
7. Wilson SM, Entrup JL, Schneck SM, Onuscheck CF, Levy DF, Rahman M, et al. Recovery from aphasia in the first year after stroke. *Brain*. 2023;146(3):1021–39. Doi:10.1093/brain/awac129