

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ
ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

ศิริเพ็ญ สนศิริ* พย.บ.

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นโรคที่อันตรายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบต่างๆ ซึ่งเป็นภาวะ การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกาย การติดเชื้อที่พบได้บ่อย คือ ติดเชื้อในปอด ติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งส่งผลอันตรายต่อชีวิต

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี ให้ประวัติว่า เมื่อ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลบ้านนา ด้วยอาการสำคัญ คือ เดินไม่ได้ พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาเอง พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 ทำตามคำสั่งได้ มีเกร็งกระตุกที่ริมฝีปากและมีน้ำลายไหลตลอดเวลา อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/66 มิลลิเมตรปรอท การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 15 (E4V5M6) การประเมินระดับการตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 144 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 % แพทย์วินิจฉัย R/O Ischemic Stroke ให้การดูแลเบื้องต้น ก่อนส่งตัวต่อโรงพยาบาลนครนายก ปัญหาที่พบ คืออาการ มีไข้ 37.5 องศาเซลเซียส กลืนไม่ได้ ไอเล็กน้อย สะอึก สำลัก แพทย์วินิจฉัย Stroke with Sepsis จึงให้การรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะรักษาภาวะติดเชื้อ พร้อมให้การดูแลรักษาพยาบาลระยะวิกฤต 4 วัน ผู้ป่วยมีอาการทุเลา จึงส่งกลับโรงพยาบาลบ้านนาเพื่อดูแลให้ยารักษาการติดเชื้อต่อเนื่อง และให้การพยาบาลโดยเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจเป็นเวลา 4 วัน ดังนั้นบทบาทพยาบาลต้องประเมินสภาพปัญหา วางแผนดูแลต่อเนื่อง จนจำหน่ายและให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง และติดตามอาการ 2 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยลำดับ ประเด็นสรุปจะเห็นว่าพยาบาลสามารถช่วยลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับคืนสภาพและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วย

Nursing patients In Ischemic stroke with Septicemia : Case Study

Siripen Sonsiri* B.N.S.

Abstract

Stroke, also known as paralysis is a common neurological disorder and a dangerous disease that can impair one's quality of life and lead to infections in the bloodstream. It's an inflammatory condition that spreads throughout the body caused by a common infection such as lung infection, bloodstream infection which results in life-threatening

Case Study : 5 days before coming to the hospital, A 55 years old Thai male patient has chief complaint to symptoms that are unable to walk, slurred speech and weak left limb. At the first physical examination at Banna hospital, it was found that the patient had good conscious, able to open his eyes, slurred speech, weak left limb grade 0, able to follow instructions and twitching on the lips and drooling all the time. Vital Signs were temperature 37°C, pulse rate 74 beats per minute, respiration rate 18 breaths per minute, Blood Pressure 138/66 mmHg. Glasgow Coma Scale: GCS 15 (E4V5M6), pupil 3 mm, normal reaction to light on both eyes, DTX 144 mg%, O₂ saturation 98%. The doctor diagnosed the patient with R/O Ischemic Stroke and provide primary care then referred to Nakhon Nayok Hospital. At Nakhon Nayok hospital, problems include 37.5 °c fever, bad swallowing, cough, hiccup and choking. The doctor diagnosed the patient with Stroke with Septicemia. The doctor treated him with antibiotics and provided critical nursing care total 4 days. When the patient's symptoms improve, he was sent back to Banna Hospital for continuous care and rehabilitation. In nursing, the emphasis will be placed on preventing possible complications, including physical and mental rehabilitation, for 4 days. Therefore, the role of nurses must be assessed the condition of problems to plan of care continuous for distribution and advice so that patients can take care of themselves. There is a continuous care system. And followed up for 2 months, it was found that the patient showed improvement in his symptoms, respectively. In conclusion, nurses can help reduce disability and complications, helping patients to restore their lives and live properly.

Keywords: Ischemic Stroke Septicemia Nursing Care

* Professional Nurse, Banna Hospital Nakornnayok.

E-mail : siripen7455@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) คนส่วนใหญ่เรียกว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตหมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก จนเกิดการทำให้เนื้อสมอง ทำให้สมองสูญเสียการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกาย โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการในอัตราที่ค่อนข้างสูงจึงทำให้ทั่วโลกตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพการดูแล โรคหลอดเลือดสมอง หรือ stroke หรือ cerebrovascular disease (CVD) เป็นโรคที่มีความสำคัญยิ่งของทุกประเทศในโลกเพราะเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกสูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตาย อันเนื่องมาจากมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานว่าในปี 2560-2563 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรทั้งประเทศ เท่ากับ 366.81, 352.3, 425.24 และ 431.28 ต่อแสนประชากร อัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 5.9, 8.14, 7.97 และ 8.01 ตามลำดับ ซึ่งการเสียชีวิตมาจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย ปอดอักเสบจากการสำลักหรือนอนนาน การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น จากข้อมูลทางสถิติของจังหวัดนครนายก ในปี 2559-2563 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 493.6, 591.1, 512.4, 515.1 และ 339.2 ต่อแสนประชากร อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 75.81, 79.73, 77.12, 82.27 และ 61.23 ต่อแสนประชากร และพบอัตราตายของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.76, 9.27, 8.27, 8.97 และ 8.49 สำหรับโรงพยาบาลบ้านนา ปี 2559-2563 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ้านนาด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันรายใหม่ร้อยละ 10.86, 9.26, 8.96, 9.81 และ 9.12 ตามลำดับ มีอัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 3.33, 3.13, 3.28, 1.22 และ 2.89 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อร่วมของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย และนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด

ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ทันเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตาย ลดความพิการถาวร ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น ภาวะสมองบวม ภาวะหายใจล้มเหลวจากปอดอักเสบเฉียบพลันจากการสำลักอาหารหรือจากการนอนนาน การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ดังนั้น การจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการดูแลตามแบบแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องมีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยทีมการพยาบาลมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตพยาบาลวิชาชีพและครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาและมีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจ จากแบบแผนการดูแลแบบองค์รวมดังกล่าว จึงนำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเชื่อมโยงกันในระบบเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีการฟื้นฟูสภาพที่ดี และนำผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาถ่ายทอดเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อไป

วิธีการศึกษา

รายงานกรณีศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาฉุกเฉินที่โรงพยาบาลบ้านนา และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลนครนายก จนส่งตัวกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลบ้านนา จำนวน 1 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการติดเชื้อร่วม ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อช่วงระยะวิกฤต ดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย มีการประสานงานแผนกกายภาพเพื่อทำการฟื้นฟูสภาพจนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ รวมถึงติดตามเยี่ยมบ้านจนสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพ ใช้ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่วันที่ 23 ธันวาคม 2562 ถึง วันที่ 23 มีนาคม 2563

กิจกรรมการพยาบาล

ระยะที่ 1 คือ การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. Glasgow coma scale แกรับ เท่ากับ 15 (E4V3M5)
2. Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากัน ทั้งสองข้าง
3. ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ : Large wedge shape hypo-dense lesion involved rt Parietotemporooccipital lobe, possibly acute infraction of rt. PCA territory
4. Motor power แขนขวาระดับ 4 แขนซ้ายระดับ 1 ขาขวาระดับ 4 ขาซ้ายระดับ 1
5. ความดันโลหิต 139/85 มิลลิเมตรปรอท ถึง 167/100 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง
2. Glasgow coma scale 15 คะแนนหรือไม่ลดลงกว่าเดิม ไม่ชักเกร็ง
3. Motor power ดีขึ้นหรือไม่แยลง
4. Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง
5. ความดันโลหิตอยู่ช่วง 90/60-139/90 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก(นอนราบเลือดดำคั่งในสมอง นอนศีรษะสูงเกินไปเกิดสมองเลื่อน Brain herniation) แนะนำให้เลี่ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า

2. แนะนำให้เลี่ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

3. แนะนำให้เลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ

4. วัดและประเมินความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง GCS ระยะความถี่ เฝาระวัง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป รูม่านตาขยายไม่เท่ากันหรือ GCS แย่ลง มีชักเกร็ง ต้องให้การช่วยเหลือรายงานแพทย์ทันที

5. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง ตรวจวัดและบันทึกอาการของระบบประสาททุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองซึ่งขาตีบและมีภาวะสมองบวม เฝาระวังการมี ชีพจรเต้นแรงและช้าลง หายใจช้าลง ความดันโลหิตสูงขึ้นPulse pressure กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะอึก เกร็ง อาเจียน หายใจไม่สม่ำเสมอเร็วสลับหยุดหายใจเป็นระยะ (Cheyne-Stokes respirations) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา

6. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

7. สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน Intake output ความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อต่างๆ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง, Glasgow coma scale เท่ากับ 15 Motor power ดีขึ้น แขนขวาระดับ 4 แขนซ้ายระดับ 1 ขาขวาระดับ 4 ขาซ้ายระดับ 2, Pupil เท่ากับ 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิตลดลง 144/87 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ 22 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะการติดเชื้อกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไข้ 37.5°C
2. RR \geq 24 ครั้ง/min
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว (CBC: WBC $>$ 14,000 cell)
4. ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Saturation) = 98%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่มีไข้ การติดเชื้อลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับการรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้
2. ไม่เหนื่อยหอบ นอนราบได้ หายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว (CBC: WBC $<$ 10,000 cell)
4. ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Saturation) มากกว่า 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท และ O₂ saturation ทุก 15 นาที 4 ครั้ง หากอาการคงที่ เปลี่ยนเป็นวัดทุก 4 ชั่วโมง
3. สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน เช่น เหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ
4. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ยา Ceftriaxone 2 gm. วันละ 1 ครั้ง ทุกวัน และสารน้ำชนิด 0.9% NSS 1000 ml Rate 120 ซีซีต่อชั่วโมง และตรวจประเมิน CBC ซ้ำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีไข้ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหอบเหนื่อย ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 98-100 เปอร์เซ็นต์ ไม่พบความผิดปกติของผลตรวจ CBC ไม่มีภาวะ Cyanosis ปลายมือปลายเท้าสีปกติ รู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกิจกรรมการพยาบาล

ระยะที่ 2 คือ การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ นอนบนเตียงตลอด Barthel index of activity of daily living เท่ากับ 25 จาก 100 เท่ากับ สามารถปฏิบัติเองได้เล็กน้อย
2. Motor power แขนขวาระดับ 4 แขนซ้ายระดับ 1 ขาขวาระดับ 4 ขาซ้ายระดับ 1

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ADL เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกำลังของกล้ามเนื้อแขนขาเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลตามระดับความสามารถของผู้ป่วย
2. สอน แนะนำผู้ป่วยและญาติช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย Active exercise แขนขาและข้อข้างดีอย่างสม่ำเสมอ
3. สอน แนะนำผู้ป่วยและญาติช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย Passive exercise แขนขาและข้อข้างอ่อนแรงแบบสม่ำเสมอ
4. จัดให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนและหลังการออกกำลังกาย
5. จัดสิ่งของและเครื่องใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นใหม่มองเห็นและหยิบจับได้ง่าย โดยวางด้านอ่อนแรง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามแนวทางการดูแลแบบ Intermediate Care ของนักร่างกายบำบัด

7. ให้กำลังใจเชิงบวกและประเมินผลการทำงาน ประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการฝึกทักษะและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

8. สอน แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวและจัดท่าบนเตียง ไม่นอนทับข้างอ่อนแรงนาน ๆ ควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดูแลช่วยเหลือให้มีการเคลื่อนไหว และใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ถูกต้อง

9. รายงานแพทย์เมื่อพบปัญหาในการทำกิจกรรมออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมได้น้อยลง

10. ใช้เหล็กกันเตียงหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการตกเตียงและผู้ป่วยได้ใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

ประเมินผล Barthel index of activity of daily living: ADL วันที่ 2 ของการรักษาเท่ากับ 30, วันจำหน่ายเท่ากับ 35, 1 เดือนในวันนัดตรวจเท่ากับ 45 และ 3 เดือนเมื่ออยู่ที่บ้านเท่ากับ 70 ผู้ป่วยและญาติยังพยายามในการออกกำลังกายต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนานเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน

ข้อมูลสนับสนุน

1. นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
2. ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ Motor power แขนขวาระดับ 4 แขนซ้ายระดับ 1 ขาขวาระดับ 4 ขาซ้ายระดับ 1
3. Braden for predicting pressure sore = 14: moderate risk

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการเคลื่อนไหวบกพร่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังไม่มีแผลจากการกดทับ
2. สามารถออกกำลังกาย หมุนข้อทุกข้อได้
3. ไหล่ไม่บวม ไม่ปวด เคลื่อนไหวข้อไหล่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

การป้องกันแผลกดทับ

1. ตรวจสอบผิวหนังผู้ป่วย โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน ดูว่ามีรอยแดง สีผิดปกติ มีพุพองบริเวณหลัง ก้น และสันเท้าหรือไม่
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ มีโปรตีนและวิตามินซีในจำนวนพอเหมาะ เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายไป

3. ช่วยนวดเบา ๆ บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทุกครั้งที่พลิกตัว ช่วยเปลี่ยนท่า เพื่อรักษาความสะอาดของผิวหนังอย่าให้ชื้นแฉะหรือแห้งเกินไป และเปลี่ยนอิริยาบถอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

4. ดูแลความสะอาดของที่นอนให้เรียบร้อย ใช้ที่นอนที่ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป เปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง

ป้องกันภาวะข้อไหลเคลื่อน

1. จัดท่าทางของแขนให้อยู่ในท่าปกติ ระวังระวังข้างที่อ่อนแรงให้วางในท่าที่ไม่ผิดปกติ

2. หลีกเลียงท่าห้อยแขนข้างที่อ่อนแรง

3. ขณะที่ผู้ป่วยนั่งหรือยืน จัดให้มีที่รองรับแขนข้างที่อ่อนแรง ให้แขนวางพาดไว้บนโต๊ะ หมอน หรือที่พิงแขนของล้อเข็น

4. ขณะออกกำลังกายหรือเคลื่อนย้าย ต้องประคับประคองข้างที่อ่อนแรง ไม่ดึงรั้งแขนข้างที่อ่อนแรง

การป้องกันภาวะข้อติด

1. สอนผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง โดยใช้แขนข้างดีช่วยเคลื่อนไหวแขนข้างที่อ่อนแรงเป็นประจำทุกวัน ให้ใช้มือข้างดีประสานเข้ากับมือข้างที่อ่อนแรงแล้วยกแขนขึ้นให้สุดช่วงการเคลื่อนไหวเท่าที่จะทำได้

2. ทำ Passive Exercise บริเวณข้อต่อต่าง ๆ อย่างน้อยแหวละ 1 ครั้ง และแนะนำผู้ป่วยฝึกทำ Active Exercise แขน ขาข้างที่ดี ควรเริ่มทำให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบแผลกดทับ ไม่มีข้อยึดติดและไหลเคลื่อน สามารถฝึกออกกำลังกายได้

ระยะที่ 3 คือ การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยกลัวผู้ป่วยพิการทำงานไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติมักจะถามอาการของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรบ่อย ๆ
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าเครียด วิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวล
2. ญาติเข้าใจแผนการรักษาและบอกวิธีการดูแลฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
3. ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ โดยพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมผัส ร่วมกับการกายภาพบำบัด ร่วมรับ

ฟังปัญหาที่ผู้ป่วยระบายให้ฟังอย่างสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลการเจ็บป่วย ให้ความสำคัญกับปัญหาผู้ป่วยอย่างจริงจัง

2. ประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่ออธิบายสภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนวทางการรักษาให้ญาติรับรู้เพื่อวางแผนร่วมกันในการฟื้นฟูสภาพดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

3. จัดเวลาให้ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้ทำการรักษาได้พูดคุยถึงแนวทางการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และสิ่งที่ต้องการทราบหรือสงสัย ให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้ญาติได้เข้าใจถึงสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงความสำคัญของการกลับมาตรวจตามนัด

4. ให้การรักษาพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้การดูแลใกล้ชิด ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติเมื่ออาการดีขึ้น เพื่อความเชื่อมั่นในการรักษา

5. อธิบายกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน โดยให้ข้อมูลซ้ำ ๆ เป็นระยะ ๆ จนเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้

6. แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลโดยยึดหลักการส่งเสริมความคิดเชิงบวก ให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง โดยไม่พึ่งพาผู้อื่นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เนื่องจากได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การฝึกกายภาพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้รับคำแนะนำในการดูแลปฏิบัติตัว และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา

ผลการศึกษา

จากข้อมูลรายงานกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี มีโรคประจำตัวเดิมคือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงจึงได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนา พี่สาวให้ข้อมูลว่า 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลบ้านนา ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ คือ เดินไม่ได้ พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง หลังจากไปตัดต้นไม้แล้วเหนื่อย

วันที่ 23 ธันวาคม 2562 เวลา 17.00 น. ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่ชัด น้ำลายไหล แขนขาอ่อนแรง ญาติจึงพากลับไปพักที่บ้านและพบว่ามีอาการปกติ

วันที่ 24 ธันวาคม 2562 เวลา 07.15 น. ผู้ป่วยตื่นนอนพบว่ายังคงมีอาการข้างต้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาลบ้านนา แรกรับที่ห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลบ้านนา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีมตามอง พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 ทำตามคำสั่งได้ มีเกร็งกระตุกที่ริมฝีปากและมีน้ำลายไหลตลอดเวลา สัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 138/66 มิลลิเมตรปรอท การประเมินระดับความรู้สึกตัวเท่ากับ 15 (E4V5 M6) การประเมินระดับการตอบสนองของรูมาตาคา เท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว 144 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ประเมิน Stroke fast track : FAST ดังนี้ Face เกร็งกระตุกที่ริมฝีปากและมีน้ำลายไหลออกตลอดเวลา Arm แขนขาอ่อนแรง

ระดับ 1 แขนขวาอ่อนแรงระดับ 4 ขาซ้ายอ่อนแรง ระดับ 0 ขาขวาปกติระดับ 5 Speed พุดไม่ชัด Time เกิน เวลาโดยใช้เวลา 14 ชั่วโมง 15 นาที

วันที่ 24 ธันวาคม 2562 เวลา 10.15 น. แพทย์ตรวจประเมิน จึงต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลนครนายก แรกรับที่โรงพยาบาลนครนายก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัมผัสได้เอง ทำตามคำสั่งได้ ตอบ คำถามไม่ครบ พุดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรงมากกว่าปกติ และมีน้ำลายไหลตลอดเวลา สัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 167/100 มิลลิเมตรปรอท การประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกลเท่ากับ 15 (E4V5 M6) การประเมิน ระดับการตอบสนองของรูมาตาเท่ากับ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง ระดับน้ำตาลในเลือด จากการเจาะปลายนิ้ว 144 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ระบบการ กลืนไม่ดี มีอาการไข้ ไอเล็กน้อย มีสะเก็ด มีส่าลัก แพทย์วินิจฉัย Stroke with Septicemia ให้การรักษาดังนี้ ให้สารน้ำทางเส้นเลือด ชนิดNSS 1000 ml V.rate 120 ซีซีต่อชั่วโมง, ยาฉีดคือ 1) Omeprazole 40 mg ทาง เส้นเลือด ทุก 12 ชั่วโมง, 2) Ceftriaxone 2 gm. ทางเส้นเลือด วันละ 1 ครั้ง จนครบ 7 วัน, ให้ยารับประทาน คือ 1) ASA (81mg) รับประทานครั้งละ 4 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, 2) Simvastatin (20 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน และให้อาหารทางสายยาง (NG feed) BD 1:1 ครั้งละ 300 ซีซี วันละ 4 ครั้ง

วันที่ 28 ธันวาคม 2562 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครนายก เมื่อมีอาการดีขึ้นจึงมีการประสาน ส่งข้อมูลกลับโรงพยาบาลบ้านนาเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

วันที่ 29 ธันวาคม 2562 ส่งผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลบ้านนา เพื่อดูแลรักษาให้ยาปฏิชีวนะรักษาการติดเชื้อ ต่อตามแผนการรักษาของแพทย์จนครบ 7 วัน และทำกิจกรรมการพยาบาลต่อเนื่อง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และประสานฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง จากการตรวจอาการที่โรงพยาบาลบ้านนา พบว่า ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8° C ความดันโลหิตสูง 138/65 มิลลิเมตรปรอท ส่งปรึกษาแผนกกายภาพ เพื่อ ฟื้นฟูสภาพ ให้ On Heparin lock เพื่อให้ยาฉีด Ceftriaxone 2 gm. ทางเส้นเลือดวันละ 1 ครั้ง และให้ ยารับประทาน คือ 1)ASA (81mg) รับประทานครั้งละ 4 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, 2) Losec (20 mg.) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า, 3) Simvastatin (20 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน

วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5° C ความดันโลหิตสูง 136/92 มิลลิเมตรปรอท, การประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกลเท่ากับ 15 (E4V5M6) แขนขวาอ่อนแรงระดับ 4 แขนซ้าย ระดับ 1 ขาซ้ายอ่อนแรง ระดับ 1 ขาขวาปกติระดับ 4

วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5°C ความดันโลหิตสูง 160/94 มิลลิเมตร, ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ การประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกลเท่ากับ 15 (E4M6V5) แขนขวาอ่อนแรงระดับ 5 แขนซ้ายระดับ 2 ขาซ้ายอ่อนแรงระดับ 2 ขาขวาปกติระดับ 5

วันที่ 1 มกราคม 2563 ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8°C ความดันโลหิตสูง 160/94 มิลลิเมตร, ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ การประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกลเท่ากับ 15 (E4M6V5) แขนขวาระดับ 5 แขนซ้ายอ่อนแรงระดับ 2 ขาซ้ายอ่อนแรงระดับ 2 ขาขวาปกติระดับ 5

วันที่ 2 มกราคม 2563 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ทีมได้วางแผนเพื่อส่งผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้าน และส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพพระตำบลดำบลบ้านพริก เพื่อประสานเครือข่ายติดตามเยี่ยมที่บ้าน

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้รายงานมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยมีกำลังแขนขาดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ มีพี่สาวคอยดูแลอยู่ตลอด สรุปว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลต่อเองที่บ้าน ภายใต้การให้คำแนะนำของทีมบุคลากรทางสาธารณสุข

วันที่ 23 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พยาบาลติดตามประเมินปัญหาของผู้ป่วยพบว่า แขนขาข้างขวาระดับ 5 แขนขาซ้ายอ่อนแรงระดับ 4 พูดเป็นประโยคสั้น ๆ ยังไม่ชัดเจนแต่สื่อสารได้รู้เรื่อง รับประทานอาหารเองได้ ขับถ่ายเองได้ พยาบาลได้ให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื่องการทำกายภาพบำบัด การฝึกเดิน การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ การสำลัก ซ้ำติดเชื้อ ไหล่เคลื่อน และปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารได้ดี

วิจารณ์

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ปัจจุบันมีการพัฒนายาละลายลิ่มเลือด (rtPA : recombinant tissue plasminogen activator) ที่ได้ผลดีหากผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในเวลา 4 ชั่วโมง 30 นาทีหลังจากเกิดอาการ จึงจำเป็นต้องเน้นย้ำให้ผู้พบเห็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในการให้การช่วยเหลือเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคนี้นี้ ผู้ป่วยกรณีศึกษามาถึงโรงพยาบาลเกินเวลาที่จะให้ยา rtPA พี่สาวผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคนี้นี้ คิดว่านอนพักสักครู่ก็หาย ทำให้พลาดโอกาสในการรักษาที่ควรได้รับ การสะท้อนข้อมูลกลับไปเครือข่าย วางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตรงกับปัญหาจริง การรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้และตระหนักเป็นเรื่องที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงจะได้ผล

ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร พูดไม่ชัด พูดลำบาก พยาบาลที่ดูแลต้องใช้ความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วย เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อน การติดเชือร่างกาย รวมทั้งการเกิดแผลกดทับ ซ้ำติดเชื้อ การสำลักอาหาร หลังการรักษาผู้ป่วยยังคงมีความพิการเหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ยอมรับการเจ็บป่วยได้ยากในระยะแรก การฟื้นฟูสภาพร่างกายจึงต้องควบคู่ไปกับการเตรียมสภาพจิตใจ ถ้าหากผู้ป่วยมีความท้อแท้ สิ้นหวัง อารมณ์แปรปรวน จะต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูด้านจิตใจมากขึ้น ทีมผู้ดูแลต้องใช้ความสามารถ ความอดทน ความใส่ใจ เข้าใจจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย จิตใจสงบลง และผ่านพ้นช่วงวิกฤติของชีวิตไปได้

จะเห็นว่าการทำงานของพยาบาลได้นำความรู้จากทฤษฎีโรคและหลักการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย(Stroke protocols and care maps) อย่างครบถ้วน การวางแผนดูแลระยะยาวตามกระบวนการดำเนินโรค ทำให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลมิใช่การดูแลเฉพาะความเจ็บป่วย แต่ยังรวมไปถึงปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังที่อธิบายว่าแม้ผู้ป่วยจะไม่หายขาด แต่พยาบาลควรมีเป็นหลักในการประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่กำหนดมาร่วมดูแลผู้ป่วยให้ครบตามแผนการดูแล ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน หลังส่งต่อให้เครือข่ายดูแลต้องติดตามต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้เครือข่ายเห็นความสำคัญในการติดตามเยี่ยมและส่งข้อมูลผลการเยี่ยมย้อนกลับ ต้องใช้เทคนิคการสื่อสาร การประสานงาน และความเป็นมิตรไมตรีต่อกัน

นอกจากนี้ ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ชั่ว ๆ จนกว่าจะเข้าใจและมั่นใจในการดูแลเพื่อให้พร้อมสำหรับการออกจากโรงพยาบาล ภายหลังจากกลับไปดูแลกันเองที่บ้าน หากมีโอกาสได้พบผู้ดูแลผู้ป่วยต้องประเมินและดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย(Care giver) ด้วย

สรุป

จุดเด่นของการพยาบาลระยะแรกนี้ เป็นการติดตามระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ ระบบประสาทอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่วนการพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายจะเน้นมาตรการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและอาการเข้าสู่ระยะคงที่จะถูกส่งกลับมาโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลัก คือเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด โดยการสอนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลอวัยวะส่วนที่อ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตให้สามารถเคลื่อนไหวและใช้งานได้ดีขึ้น จนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ตลอดจนเป็นการป้องกันความพิการผิดรูปที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยอาศัยความร่วมมือและการประสานงานกับทีมสุขภาพ รวมถึงตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล โดยพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะเป็นผู้คอยสอนและฝึกให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลได้ถึงขั้นตอนและวิธีการฟื้นฟู/การป้องกัน โดยจะเน้นให้ผู้ป่วยรู้วิธีการช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเพื่อการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้าน กล่าวคือ ในด้านร่างกาย ทำให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ส่งผลต่อด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ในด้านสังคม ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ทำให้สูญเสียความมั่นใจไม่กล้าที่จะเผชิญหน้ากับเพื่อนฝูงหรือการเข้าสังคมใหม่ ในด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถฟื้นฟูหายเป็นปกติเหมือนเดิมได้ จึงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ส่งผลให้ครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ

ปัญหาเหล่านี้จะลดน้อยลงหากประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ลด ละเลิก ปัจจัยที่จะเป็นตัวเสริมให้เกิดโรค และมีความรู้ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะแรก

ที่ทันเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งปัจจุบันได้ผลดีและสอดคล้องกับแนวทางของสถาบันประสาทวิทยา ส่วนหน่วยบริการต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทันสมัย มีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการ ซึ่งมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ส่วนบุคลากรผู้ให้บริการ ควรฟื้นฟู ความรู้ เพิ่มพูนทักษะ ในรักษาพยาบาลตามแนวทางที่พัฒนาปรับเปลี่ยนมาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการพยาบาลกลุ่มนี้ ควรมีลักษณะบูรณาการทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ อย่างดีมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สุวรรณ เพ็ชรรุ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา นายแพทย์ศิวัต จันทรศร อายุรแพทย์โรงพยาบาลนครนายก นายแพทย์ธัญญากรณ์ พรประภาศักดิ์ แพทย์ที่ปรึกษาชี้แนะและให้คำแนะนำ แก่ไข และปรับปรุง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษารายกรณีผู้ป่วยรายนี้

เอกสารอ้างอิง

- ดวงมณี เลหาประสิทธิพร. (2557). Care map การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ Severe sepsis/Septic shock. ใน สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์ (บรรณาธิการ). *แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock* โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2556) (หน้า 11-14). กรุงเทพฯ: (ม.ป.พ.).
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, วันเพ็ญ ภิญญาสากุล, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, ยงชัย นิละนนท์. (2557). ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน. *พยาบาลสาร*, 41(2), 61-71.
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา รั้วทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม และพรพิมล วิเชียรไพศาล. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation)*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- ภัทรา วัฒนพันธ์. (2560). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน. *North-Eastern Thai journal of neuroscience*, 12(1), 31-43.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2556). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: (ม.ป.พ.).
- สาธิต ธรรมนิยมอินทร์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: กรณีศึกษา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(2), 211-222.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *ชุดรูปแบบบริการในการป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง สำหรับสถานบริการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- David J. Lin, Seth P. Finklestein, Steven C. Cramer. (2018). New Directions in Treatments Targeting Stroke Recovery. *Stroke*, 49(12), 3107-3114. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.118.021359>
- Nijasri C. Suwanwela, Niphon Pongvarin. (2016). Stroke burden and stroke care system in Asia. *Neurol India*, 64, 46-51. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.178042>

S Claiborne Johnston, Pierre Amarenco, Gregory W. Albers, Hans Denison, J. Donald Easton, Scott R. Evans, Peter Held, Jenny Jonasson, Kazuo Minematsu, Carlos A. Molina, Yongjun Wang, K.S. Lawrence Wong. (2016). Ticagrelor versus Aspirin in Acute Stroke or Transient Ischemic Attack. *N Engl J Med*, 375, 35-43. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1603060>