วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2561
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 15 No. 2 (May - August) 2018

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Rehabilitation Stroke Patients : 2 Cases Study

อรทัย พงษ์แก้ว พย.ม.*
Orathai Pongkaew

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วย และญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกรณีที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทยวัย 51 ปี อาการสำคัญหน้ามืด พูดคุยสับสน ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาทีได้รับการวินิจฉัย Right Basal Ganglia Hemorrhage กรณีที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยวัย 62 ปี อาการสำคัญซึม แขนขาซ้ายอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมงได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke with right subacute middle cerebral artery infarction subfalcine herniation to left ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะหลอดเลือดสมองแตกส่งผลให้ผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองนำเลือดที่คั่งในสมองออก หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องเจาะคอ พยาบาลต้องมีการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและมีการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

สรุป : ผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตกได้การดูแลระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล สภาพอาการโดยรวมดีขึ้นตามลำดับ การมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการเตรียมการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นระบบจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ระยะฟื้นฟูสภาพ, การพยาบาล

*อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Objectives : This study was to compare the nursing care, nursing diagnosis, nursing care planning program, and evaluated the outcome of nursing care for rehabilitation stroke patients.

Methods : This two cases study of rehabilitation patients with stroke by purposive sampling. The data were collected from medical records, interviewed patients and their relative. The functional health pattern of Gordon was used to assess health problems to planning a holistic nursing care including nursing care, nursing diagnosis, nursing care planning program, and to evaluate the outcome of nursing care of rehabilitation patient with stroke.

Results : This two cases study of stroke patients. Patient case one, he is Thai man and age 51 years old. The important symptoms including faint and confusion 30 minutes before came to the hospital. Then he has diagnosed for Right Basal Ganglia Hemorrhage. Patient case two, His is Thai man 62 years old. The important symptoms including drowsiness and weakness of left side of hand and leg one hour before came to the hospital. The he has diagnosis for Ischemic stroke with right subacute middle cerebral artery infarction subfalcine herniation to left. Of two patients have weakness one side of body because of hemorrhagic stroke and all of them have brain surgeries to remove intracerebral hemorrhage and hematoma. After surgeries patients were have complication because all of them have long time underwent with endotracheal tube, Mechanical ventilators and they have tracheostomy for life supported. The nurses have to surveillance of increased intracranial pressure and others complications of patients. After patients receive treatment and nursing care rehabilitation process all of them getting better.

Conclusion : The after nursing care rehabilitation process in the hospital overall symptoms better. The nursing care planning program at the first admitted, continue followed up patients and the systematic nursing care preparing for rehabilitation it will make patients have good quality of life.

Keywords : Stroke, rehabilitation, nursing care

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นโรคที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและความพิการสูงมากมีอุบัติการณ์สูงในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆทั่วทุกภูมิภาคของโลก [1-4] ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกรายงานมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 15 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากสูงสุดตลอดระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจโดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 6.42 ล้านคนจากทั่วโลก [5] อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559 คิดเป็น 48.7 ต่อประชากร 100,000 คน เป็นสาเหตุของเสียชีวิตสูงมากเป็น อันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง [6] โดยโรคหลอดเลือดสมองชนิด cerebral infarction มีความชุก 122 คนต่อประชากร 100,000 คน ผู้ป่วยมีระยะเวลานอนในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 6 วัน มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ย 20,740 บาทต่อคน [7]

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลันเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนกระทั่งอาการ

คงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง มีอาการสำคัญได้แก่ หมดสติ มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและหัวใจทำงานผิดปกติ เป็นระยะต้องรีบให้การรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด ไม่เกิน 270 นาที เพื่อคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วยเอาไว้ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าทางหลอดเลือด ระยะหลังเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน และระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก การรักษาจะเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การฟื้นฟูจะช่วยลดความพิการสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย 8-11 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด ปอดบวม กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว [7, 12]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่เปิดให้บริการประชาชนภายในจังหวัดและในจังหวัดใกล้เคียง ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายที่เป็นระยะเฉียบพลันสามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ไม่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 ที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้และยังคงจำเป็นจะต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูมีความสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ ช่วยเหลือตนเองและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ [13-15] พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย อีกทั้งยังมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำให้สามารถประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ ทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและเป็นการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพกรณีศึกษา 2 ราย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

วิธีการศึกษา เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปีพ.ศ. 2559 - 2560 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู 2 ราย โดย เลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างปี 2559 - 2560 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วยและญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 51 ปี ได้รับการวินิจฉัย Right Basal Ganglia Hemorrhage เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดด้วยอาการหน้ามืด พูดคุยสับสน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาตามระบบ Stroke Fast Track ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (C-T brain) พบ Right Basal Ganglia Hemorrhageขนาดไม่ใหญ่แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาลดความดันโลหิตและยาลดสมองบวมผู้ป่วยมีอาการซึมลง จึงส่ง C-T brain ซ้ำพบขนาดของก้อนเลือดใหญ่ขึ้น แพทย์จึงให้การรักษาโดยการผ่าตัดสมอง Decompressive Craniectomy ในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและติดเชื้อระบบทางเดินหายใจไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้จึงได้รับการเจาะคอในวันที่ 16 หลังนอนโรงพยาบาลได้รับการรักษาโดยได้ยาปฏิชีวนะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหารและยาลดความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หลังจากนั้นอาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับ

ผู้ศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยในวันที่ 17 หลังนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage)

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี ได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke with right subacute middle cerebral artery infarction subfalcine herniation to left รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ด้วยอาการซึม แขนขาซ้ายอ่อนแรง ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (C-T brain) พบ Hyperacute to acute cerebral infarction territory of right middle cerebral artery แพทย์จึงให้การรักษาโดยการผ่าตัดสมอง Decompressive Craniectomy ในวันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาล หลังผ่าตัด 2 วันผู้ป่วยมีอาการซึมลงจึงส่ง C-T brain ซ้ำพบ Acute right middle cerebral artery territory infarction increased degree of brain swelling subfalcineherniation to left 0.3 cm หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูงภาวะ Hypoglycemai และ Hyperglycemai มีภาวะไตวายเฉียบพลันติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ จึงได้รับการเจาะคอในวันที่ 16 หลังนอนโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยได้ยาปฏิชีวนะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหารและยาลดความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หลังจากนั้นอาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับ ผู้ศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยในวันที่ 10 หลังนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ในระยะระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) ผู้ศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงวันที่ 16 ของการนอนโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) ดังนั้นจึงมีให้การพยาบาลและวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สรุปได้ดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย อายุ 51 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี ภูมิลำเนา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สิทธิการรักษาบัตรทอง	เพศชาย อายุ 62 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา ภูมิลำเนา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสิทธิการรักษาบัตรทอง
วันที่เข้ารับการรักษา	13 กันยายน 2559	4 ตุลาคม 2559
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	7 ตุลาคม 2559	7 พฤศจิกายน 2559
การวินิจฉัยโรค		Right Basal Ganglia Hemorrhage Ischemic stroke with right subacute middle cerebralarteryinfarction subfalcine herniation to left
การผ่าตัด	Decompressive Craniectomy 15 กันยายน 2559 Tracheostomy 29 กันยายน 2559	RtDecompressive Craniectomy 4 ตุลาคม 2559 Tracheostomy 20 ตุลาคม 2559
ข้อมูลการเจ็บป่วย	- หน้ามืด พูดคุยสับสน ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที	
- อาการสำคัญ	- 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ญาติแจ้งว่าผู้ป่วย	- ซึม แขนขาซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง
- ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	โทรศัพท์หาขณะขับรถยนต์ บอกว่ามีอาการหน้ามืด จากนั้นพูดคุยสับสน รถตกข้างถนน และรถ EMS	- 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติ

ตารางต่อ ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ออกรับนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แรกรับ GCS 13 คะแนน E4V4M5 Pupil 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง มีอาการซึม พูดคุยสับสน นอกจากนั้นแล้วยังพบว่ามีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ความดันโลหิต 220/160 มิลลิเมตรปรอท	ว่าผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดขาหลังจากนั้นมีผื่นขึ้นตามตัว 1 ชั่วโมงก่อนมาผู้ป่วยซึมลง กลืนน้ำไม่ได้ ไม่ทำตามคำสั่ง ไม่พูด น้ำลาย ไหล แขนขาซ้ายอ่อนแรง ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน On E-T Tube และ Refer ต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแรกรับ GCS 8 คะแนน E2VTM5 Pupil 2 มิลลิเมตร ข้างขวามีปฏิกิริยาต่อแสงด้านซ้ายตาบอดความดันโลหิต 164/102 มิลลิเมตรปรอท
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- 3 ปี ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แพทย์นัดรับยาทุก 3 เดือน แต่ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด	- 2 ปี ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็น โรคเบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เมื่อปวดเมื่อยซื้อยาชุดมารับประทาน
ประวัติการใช้ยาสารเสพติดและอาการแพ้	- ผู้ป่วยดื่มสุราเมื่อมีงานสังสรรค์ และ สูบบุหรี่เมื่อมีภาวะเครียดเมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันเลิกดื่มสุราและงดสูบบุหรี่ได้ประมาณ 2 ปี ปฏิเสธการแพ้ยา และแพ้อาหาร	- มีประวัติดื่มสุราสูบบุหรี่และดื่มกาแฟเป็นประจำ - ปฏิเสธการแพ้ยา และแพ้อาหาร
ดัชนีมวลกาย	28.71	16.10
C-T brain	13 กันยายน 2559 Right Basal Ganglia Hemorrhage	4 ตุลาคม 2559 Hyperacute to acute cerebral infarction territory of right middle cerebral artery 6 ตุลาคม 2559 Acute right middle cerebral artery territory infarction increased degree of brain swelling subfalcine herniation to left 0.3 cm.
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC: WBC 12,300 cell/mm3, Hct38.8 %, Neutrophil 77 % Lymphocyte 12 % 13 กันยายน 2559 Sputum Culture : Numerous KlebsiellaOxytoca 23 กันยายน 2559	CBC: WBC 16,700 cell/mm3, Hct 33.0%, Neutrophil 89 % Lymphocyte 7.0 % 8 ตุลาคม 2559 HbA1C : 4.4 4 ตุลาคม 2559 FBS : 247 mg/dl 8 ตุลาคม 2559 BUN : 27 mg/dl 8 ตุลาคม 2559 Cr : 0.9 mmol/L 8 ตุลาคม 2559

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ในกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 13 กันยายน 2559 ได้รับการวินิจฉัย Right Basal Ganglia Hemorrhage กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 4 ตุลาคม 2559 ได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke with right subacute middle cerebral artery infarction subfalcine herniation to left

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) 1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 51 ปี - มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน รับยาไม่สม่ำเสมอ - ผู้ป่วยดื่มสุราเมื่อมีงานสังสรรค์ และ สูบบุหรี่เมื่อมีภาวะเครียด เมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันเลิกดื่มสุราและงดสูบบุหรี่ได้ประมาณ 2 ปี - ค่า BMI 28.71 เกิน	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี - มีประวัติดื่มสุรา - มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มกาแฟเป็นประจำ - ประวัติเป็นโรคเบาหวาน รับยาโรงพยาบาลชุมชน - ค่า BMI 16.10 ต่ำ	ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง - กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันเรื่องอายุ เมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงสูงขึ้น มีปัจจัยเสี่ยงเรื่อง เพศเพราะเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดหลอดเลือดสมอง จากรายงานในต่างประเทศพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดในสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.25 เท่าซึ่งเป็นสาเหตุและเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ คือความดันโลหิตสูงและ โรค เบาหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา 8 ส่วนการสูบบุหรี่งานวิจัยในประเทศญี่ปุ่น พบว่าความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง subarachnoid hemorrhage ในผู้ชายคิดเป็น 3.6 เท่า[9] ดังนั้นการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดหลอดเลือดสมองและการดื่มสุราซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ก็เป็นความเสี่ยงประการหนึ่งของหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว การดื่มสุราในปริมาณมาก ๆ นั้นส่งผลให้เลือด “อ่อนตัว” เลือดออกง่าย แต่หยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือดในสมองประกอบกับความดันโลหิตสูง และภาวะเลือด

ตารางต่อ ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
			ออกง่ายจากการดื่มสุรา ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองย่อมต้องมากขึ้น กรณีศึกษารายที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกคือ มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงมาประมาณ 3ปีรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จากข้อมูลดังกล่าวภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย พบว่ากว่า 35 - 73 % ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะคามดันโลหิตสูงร่วมด้วย ประกอบกับผู้ป่วยเป็นเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญ รองมาจากภาวะความดันโลหิตสูงอ้วนก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่เชื่อมโยงทำให้เกิดผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หรืออาจเป็นไปได้ทั้ง 2 อย่างจากผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีน้ำหนักตัวมากเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง กรณีศึกษารายที่ 2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติเป็นโรคเบาหวานสูบบุหรี่ ดื่มสุรารับประทานยาชุด จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพยาบาลต้องเฝ้าระวังและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยได้ตระหนักของความสำคัญของการดูแลตนเอง
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	- อาการหน้ามืด พูดคุยสับสน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที - GCS 13 คะแนน E4V4M5 Pupil 2 mm RTLBE - ความดันโลหิตสูง	- ซึม แขนขาซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง - GCS 8 คะแนนE2VTM5 Pupil 2 pupil 2 mm RTL Rt eye Lt eye blindness power	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการแสดงไม่แตกต่างกัน อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ไม่พูด มีแขนและขาอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1 แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย จากผล CT brain ผลพบว่ามีเลือดออกที่สมองส่วน Right Basal Ganglia

ตารางต่อ ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	220/160 mmHg - power แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง grade 0 แขนขาขวา grade 3 - CT brain ผลพบว่ามี Right Basal Ganglia Hemorrhage	- ความดันโลหิต 164/102 mmHg - power แขนขาซีกซ้าย grade 0 แขนขาขวาgrade 3 - CT brain ผล Hyperacute to acute cerebral infarction territory of right middle cerebral artery	Hemorrhage น้ำหนักตัวมาก มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงกรณีศึกษาที่ 2 พูดไม่ได้ แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย จากผล CT brain ผลพบว่ามีเลือดออกที่สมองส่วนHyperacute to acute cerebral infarction territory of right middle cerebral artery เป็นผู้สูงอายุน้ำหนักตัวน้อย มีประวัติเป็นโรคเบาหวานสูบบุหรี่ดื่มสุรา รับประทานยาชุด ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดร่วมกันต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทและประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และให้การพยาบาลได้ทันเวลาเมื่ออาการทางระบบประสาทเลวลง[10]ถ้า GCS ลดลง > 2 หรือ motor movement ลดลง หรือ motor movement ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ทันที การให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่หลอดเลือดสมองแตกขึ้นกับปริมาณเลือดที่ออก ตำแหน่งว่าผ่าตัดได้หรือไม่ สภาพของผู้ป่วย การผ่าตัดจะทำเมื่อเมื่อเลือดออกจากเส้นเลือดที่แตกและจะต้องไปเอาก้อนเลือดออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมักจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพิจารณาผ่าตัด Decompressive Craniectomy
3. การรักษา	- NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr - CT brain - CXR - Observe N/S V/S - On Foley's cath	- NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr - DTX - Regular Insulin 10 unit IV Drip - CT brain	กรณีศึกษาที่ 1หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและติดเชื้อระบบทางเดินหายใจไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ จึงได้รับการเจาะคอในวันที่ 16 หลังนอนโรงพยาบาล

ตารางต่อ ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	- On NG tube - NPO - work up CBC BUN,Cr Blood sugar - Decompressive Craniectomy - consult PT - Sulperazone 1.5 gm IV q 12 hr - Omeprazole(20)1×1◎ac - Hydralazine(25)1×2◎pc - Amlodipine(5)1×2◎pc - Paracetamol (500) 2 tabs ◎ prn q 4-6 hr -BD (1:1) 250 ml x 4 feed - O2 T-Piece 10 LPM	- Observe N/S V/S - Rt Decompressive Craniectomy - Fortum 2 gm IV q 8 hr - Amikin 750 mg IV OD - Ceftazidime 2 gm IV q 8 hr - Pan (1:1) 250 ml X6 feed - consult PT - Omeprazole(20) 1×1◎ac - Folic acid ◎ OD - 20 % Mannitol 100 ml IV q 8 hr	ได้รับการรักษาโดยได้ยาปฏิชีวนะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหารและยาลดความดันโลหิตสูงร่วมด้วย กรณีศึกษาที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง มีภาวะ Hypoglycemai และ Hyperglycemai มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้จึงได้รับการเจาะคอในวันที่ 16 หลังนอนโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยได้ยาปฏิชีวนะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหารและยาลดความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสิ่งสำคัญพยาบาลต้องมีการประเมินผู้ป่วยไม่มีภาวะ cardiac arrest การดูแลเรื่องการหายใจให้โล่งให้ได้ รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดระดับออกซิเจนในเลือดได้98% ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ จัดศีรษะให้ตรง การดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือด ระวังอาการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) และมีการเฝ้าระวังโดยประเมินระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale และวัด Vital sign ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่จะเหมือนกันมีความแตกต่างกันไม่มาก กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาซับซ้อนมากกว่าปัญหากรณีศึกษารายที่ 1 อาจเกิดจากปัจจัยหลายด้านที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เช่น น้ำหนักน้อย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การรับประทานยาชุด เป็นประจำและเป็นเวลามานานหลายปี ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 1 ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการมีโรคประจำตัว เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ตารางต่อ ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. เสี่ยงต่อการภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีการแตกของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง 2. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)เนื่องจากมีการแตกของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง 3. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ระดับความรู้สติลดลง มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขา ขวาอ่อนแรงเนื่องจากไม่สามารถยกขยับแขนขาได้เอง 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องในการกลืนอ่อนแรงและ reflex การกลืนลดลง 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน 7. การช่วยเหลือตนเอง	1.มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากมีการแตกของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง 2. มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ระดับความรู้สติลดลง 3. เสี่ยงต่อภาวะ Hypoglycemai และ Hyperglycemai เนื่องจากน้ำตาลในเลือดได้ 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกขยับแขนขาได้เอง 5.การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องในการกลืนอ่อนแรงและ reflex การกลืนลดลง 7. วิตกกังวล เนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง ขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาล การ	ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย แบ่งเป็นฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองและระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะพัฒนาได้ดีขึ้นเช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเองการทำงานของระบบประสาทการพูด ระยะนี้อาจนาน 4-6 เดือน หรือ 1 ปี[7] กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี ผู้ศึกษาได้ดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะแรกเพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติในการไปดูแลต่อที่บ้านจึงเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย[11] ดังนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ 2. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางประสาทที่เลวลง หายใจหอบเหนื่อย 3. แนะนำสอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (caregiver) เกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดป้องกันข้อติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การเฝ้าระวังการผลัดตกเตียง การได้รับยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัด

ตารางต่อ ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	บกพร่อง เนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง อัมพาต และเสียความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 8. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว 9. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง 10. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก M-E-T-H-O-D	คาดการณ์ในอนาคตเกี่ยวกับชีวิต 8. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องในการกลืนอ่อนแรงและ reflex การกลืนลดลง 9. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน 10. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว 11. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก M-E-T-H-O-D	
ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยในวันที่ 17 หลังนอนโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงวันที่ 24 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) - รู้สึกตัวดี On Tracheostomy Tube พูดไม่ออกเสียงขยับปากได้ E4VTM6 GCS 11 pupil 2 mm RTLBE power แขนขาขวา grade 5 แขนขาซ้าย grade 1	ผู้ศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยในวันที่ 10 หลังนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ในระยะระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) ผู้ศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงวันที่ 16 ของการนอนโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) - รู้สึกตัว On Tracheostomy Tube coma scale E3VTM5 pupil 2 mm RTL Rt	4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่าง ๆ 5. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้ 6. สอนญาติทำแผลและดูดเสมหะได้อย่างถูกวิธี 7. สอนญาติดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดที่ปลอดเชื้อ โดยทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุกและน้ำสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่ปนเปื้อนอุจจาระ รวมทั้งตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้ง 8. ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียง

ตารางต่อ ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	- ผู้ดูแล คือ ภรรยาและบุตร - ส่งต่อรักษาฟื้นฟู โรงพยาบาลใกล้บ้าน	eye Lt eye blindness power แขนขาข้างซ้าย grade 0 , แขนและขาข้างขวา grade 3 -ผู้ดูแลคือ บุตร -ญาติต้องการไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน	ผู้ป่วย บอกวัน เดือน ปี เวลา สถานที่ และบุคคล ให้ผู้ป่วยได้รับทราบบ่อยๆ - ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 จำหน่ายอาการทุเลากลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน - ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามเมื่อส่งต่อรักษาแล้ว พยาบาลผู้ที่ดูแลผู้ป่วยควรให้คำแนะนำและสอนให้ผู้ดูแลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและเมื่อกลับบ้านไปแล้วควรมีการติดตามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยทั้ง 2 เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตก ส่งผลให้ผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมองนำเลือดที่คั่งในสมอง หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องเจาะคอ การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายนี้คือการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) พยาบาลจะต้องประเมิน GCS และสัญญาณชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลพบว่าหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพแล้วแม้ผู้ป่วยยังคงหลงเหลือความพิการอยู่แต่ภายหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาจากประเทศแคนนาดาที่พบว่าการใช้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญเป็นอย่างมากและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการดูแล สภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยต้องเหมาะสมทั้งทางด้านสังคม ครอบครัวและโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น [16, 17] จากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเนื่องจากมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำให้สามารถประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ สามารถวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย [18, 19]

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัยการศึกษาที่สหราชอาณาจักรพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่สำคัญคือสถานภาพทางด้านการเงินของผู้ป่วยและครอบครัว [20] ซึ่งการฝึกอบรมประชาชนในชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากกลับเข้าสู่ชมชนจะมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข [21, 22] ดังที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่าสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายซึ่งต้องกระทำตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีกระบานการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและสถานบริการพยาบาลในชุมชน ร่วมกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย จึงถือเป็นหน้าที่

สำคัญยิ่งของพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือย้ายไปสถานรักษาแห่งอื่น[23] อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยต้องเป็นลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประโยชน์สูงสุดคือการมีคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตที่ยืนยาวของผู้ป่วยต่อไป

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตก 2 รายผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ได้รับการผ่าตัดสมองนำเลือดที่คั่งในสมองออกทั้ง 2 ราย หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องเจาะคอ การพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ต้องประเมิน GCS และสัญญาณชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ภายหลังการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ให้ประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งในการนำศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการพยาบาล โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพและขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Chwojnicki K, Ryglewicz D, Wojtyniak B, Zagodon P, Czonkowska A, Jdrzejczyk T, et al. Acute Ischemic Stroke Hospital Admissions, Treatment, and Outcomes in Poland in 2009-2013. Front Neurol 2018;9:134.
2. Fang J, Yuan K, Gindi RM, Ward BW, Ayala C, Loustalot F. Association of Birthplace and Coronary Heart Disease and Stroke Among US Adults: National Health Interview Survey, 2006 to 2014. J Am Heart Assoc 2018 ;7(7).
3. Tian D, Yang Q, Dong Q, Li N, Yan B, Fan D. Trends in stroke subtypes and vascular risk factors in a stroke center in China over 10 years. Sci Rep 2018 ;8:5037.
4. Krishnamurthi RV, Barker-Collo S, Parag V, Parmar P, Witt E, Jones A, et al. Stroke Incidence by Major Pathological Type and Ischemic Subtypes in the Auckland Regional Community Stroke Studies: Changes Between 2002 and 2011. Stroke 2018;49:3-10.
5. WHO | The top 10 causes of death [Internet]. WHO. [cited 2018 Apr 5]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/
6. ThaiNCD.com. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. [cited 2018 Apr 5]. Available from: http://thaincd.com/2016/mission3
7. Kongbunkiat K, Kasemsap N, Thepsuthammarat K, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. National data on stroke outcomes in Thailand. J Clin Neurosci Off J Neurosurg Soc Australas 2015 ; 22:493-7.
8. Lee H-J, Choi E-K, Lee S-H, Kim Y-J, Han K-D, Oh S. Risk of ischemic stroke in metabolically healthy obesity: A nationwide population-based study. PloS One 2018; 13:e0195210.

9. Teh WL, Abdin E, Vaingankar JA, Seow E, Sagayadevan V, Shafie S, et al. Prevalence of stroke, risk factors, disability and care needs in older adults in Singapore: results from the WiSE study. BMJ Open 2018;8:e020285.
10. Hakulinen C, Pulkki-Raback L, Virtanen M, Jokela M, Kivimäki M, Elovainio M. Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. Heart Br Card Soc 2018; 123-56
11. Sorgun MH, Kuzu M, Ozer IS, Yilmaz V, Ulukan C, Cotur Levent H, et al. Risk Factors, Biomarkers, Etiology, Outcome and Prognosis of Ischemic Stroke in Cancer Patients. Asian Pac J Cancer Prev APJCP 2018 27;19:649-53.
12. van Valburg MK, Arbous MS, Georgieva M, Brealey DA, Singer M, Geerts BF. Clinical Predictors of Survival and Functional Outcome of Stroke Patients Admitted to Critical Care. Crit Care Med 2018 ; 167-78
13. Pavol MA, Bassile CC, Lehman JR, Harmon E, Ferreira N, Shinn B, et al. Modified Approach to Stroke Rehabilitation (MAStR): feasibility study of a method to apply procedural memory concepts to transfer training. Top Stroke Rehabil 2018 ;1-8.
14. Hong I, Karmarkar A, Chan W, Kuo Y-F, Mallinson T, Ottenbacher KJ, et al. Discharge Patterns for Ischemic and Hemorrhagic Stroke Patients Going from Acute Care Hospitals to Inpatient and Skilled Nursing Rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 2018; 190-200
15. Wang H, Sandel ME, Terdiman J, Armstrong MA, Klatsky A, Camicia M, et al. Postacute care and ischemic stroke mortality: findings from an integrated health care system in northern California PM R. 2011;3:686-94.
16. Furlan AD, Irvin E, Munhall C, Giraldo-Prieto M, Fullerton L, McMaster R, et al. Rehabilitation service models for people with physical and/or mental disability living in low- and middle-income countries: A systematic review. J Rehabil Med 2018;345-55
17. Richards CL, Malouin F, Nadeau S. Stroke rehabilitation: clinical picture, assessment, and therapeutic challenge. Prog Brain Res 2015;218:253–80.
18. Hong I, Karmarkar A, Chan W, Kuo Y-F, Mallinson T, Ottenbacher KJ, et al. Discharge Patterns for Ischemic and Hemorrhagic Stroke Patients Going from Acute Care Hospitals to Inpatient and Skilled Nursing Rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 2018; 235-45
19. Xian Y, Thomas L, Liang L, Federspiel JJ, Webb LE, Bushnell CD, et al. Unexplained Variation for Hospitals' Use of Inpatient Rehabilitation and Skilled Nursing Facilities After an Acute Ischemic Stroke. Stroke 2017;48:2836-42.
20. Craig LE, Wu O, Bernhardt J, Langhorne P. Ap proaches to economic evaluations of stroke rehabilitation. Int J Stroke Off J Int Stroke Soc 2014 ;9:88-100.
21. Dean SG, Poltawski L, Forster A, Taylor RS, Spencer A, James M, et al. Community-based Rehabilitation Training after stroke: protocol of a pilot randomised controlled trial (ReTrain). BMJ Open 2016;6:e012375.

22. Dean SG, Poltawski L, Forster A, Taylor RS, Spencer A, James M, et al. Community-based rehabilitation training after stroke: results of a pilot randomised controlled trial (ReTrain) investigating acceptability and feasibility. BMJ Open 2018;8:e018409.
23. Juntawises U, Woragul C, &Yeesakul C. Discharge planning for stroke patients in medical ward, Songklanagarind Hospital. Songkla Med J 2004;22:17-25.