



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing of patient with terminal ischemic stroke: 2 case studies

ศิตภา พลแก้ว, พยบ.*

Sitapha Polkaew, RN.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา ผู้ป่วยบางรายมีโอกาสเสียชีวิตสูง จากขนาดและตำแหน่งของเนื้อสมองที่ตายผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหมดหวังที่จะรักษาให้หายขาด ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใด การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นอีกทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน : การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย จำนวน 2 ราย รักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม เครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย จำนวน 2 ราย

รายที่ 1 หญิงไทย อายุ 71 ปี อาการสำคัญ นอนหมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว ก่อนมาโรงพยาบาล 40 นาที ได้รับการวินิจฉัย Acute ischemic stroke เปิด stroke fast track รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด หลังรับการรักษาอาการทรุดลงญาติตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคองอาการ

รายที่ 2 ชายไทย อายุ 47 ปี อาการสำคัญ พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง การวินิจฉัย Acute ischemic stroke หลังรับการรักษาอาการทรุดให้การรักษาแบบประคับประคองอาการ

สรุป : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้ายแบบประคับประคองถ้าไม่ได้รับการวางแผนการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน, เน้นการจัดการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบ การพยาบาลระยะท้าย

ABSTRACT

Background : Ischemic stroke threat to life. Therefore, patient needed rapidly treatment. Some patients were high risk to death from size and position of cerebral infarction. Palliative nursing cares was a channel of non-recovery patient and caregivers for reducing pain and suffer.

Objective : Study on palliative nursing care of terminal acute ischemic stroke patient: 2 case studies

Materials and Methods : Comparative study between 2 cases of terminal acute ischemic stroke patient in stroke unit, Mahasarakham hospital by using data recording form, collecting data from internal medical records, interview caregivers, and observation. Comparative analysis risk factor, pathology, symptom and sign, treatments and nursing care record form. Analyzing data by using 11 Gordon's scheme health pattern.

Case study : Comparison of terminal acute ischemic stroke patient 2 cases.

Case 1 : Female patient, 71 years old, important symptoms: sleep unconscious, unconsciously called before came to hospital 40 minutes. Final diagnosis was acute ischemic stroke. Then, patient entered stroke fast track treatment program. Patient was treatment by intravenous thrombolytic drug. After treatment found that patient flounder and caregivers decided to treat patient by palliative treatment.

Case 2 : Male patient, 47 years old, important symptoms: cannot speak clearly, the left limb was weak before came to hospital 8 hours. Final diagnosis was acute ischemic stroke. After treatment found that patient flounder and treated by palliative treatment.

Conclusion : Caring of terminal ischemic stroke patient by using palliative treatment. Caregivers should had continue and suitable plan for patient especially holistic treatment for reducing suffer.

Keywords : ischemic stroke, nursing of terminal care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WSO) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี¹ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย

และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 30,000 รายจากสถานการณ์แสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย² จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสียชีวิตทุกระยะของการเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยรอดชีวิตได้ไม่เกิน 5 ปี และพบว่า ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน^{3,4} และจากสถิติโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2560-2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวน 1,057 ราย 1,395 ราย และ 1,369 ราย อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 3.23, 1.72 และ 2.05



แต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.11, 10.11 และ 9.13 ตามลำดับ⁵ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจะต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็วทันเวลา เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ปัจจุบันยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาลำดับแรก คือ ยาละลายลิ่มเลือด ต้องให้ในระยะเวลาที่จำกัดหลังจากเกิดอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง⁶ โดยพิจารณาให้ยาเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดมากจนตายไปบางส่วนขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื้อสมองส่วนนี้จะกลับมาทำงานได้อีก แต่ถ้าขาดเลือดต่อไปเนื้อสมองจะค่อยๆตายและไม่สามารถกลับมาทำงานได้ ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตได้สูง⁷ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหมดหวังที่จะรักษาให้หายขาด ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใด การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นอีกทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน⁸ ปัญหาและความต้องการจะแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะสมองขาดเลือดโดยที่ไม่ทราบสาเหตุหรือมีอาการแสดงมาก่อน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและอันตรายสูงสุดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ในระยะเฉียบพลันของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของโรคอย่างชัดเจน สมรรถภาพด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจะลดลงอย่างรวดเร็ว มีภาวะสมองบวม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะหายใจช้า หรือภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับไม่สามารถหายใจได้และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะหลังเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีข้อจำกัดในการรักษา ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติและปัญหาที่มีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวด อาการชัก อาการเหนื่อยล้า การรับประทานอาหาร การกลืนอาหารและปัสสาวะ การสื่อสารบกพร่อง จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในทุกมิติทั้งทาง

ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2561-2565 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทุกระดับ⁹

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้ายแบบประคับประคองถ้าไม่ได้รับการวางแผนการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพจากพยาบาล เน้นให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานและให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ให้การดูแลแบบองค์รวม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษานักศึกษาพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ.2563 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ 3) การสังเกต เป็นแบบสังเกตการณ์เกี่ยวกับการเข้าสู่กระบวนการดูแลระยะท้าย 4) แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผน

และให้การพยาบาลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กรณีศึกษารายที่ 1

หญิงไทยอายุ 71 ปี อาชีพค้าขาย จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา 4 ภูมิลาเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม อาศัยอยู่กับสามีและลูกสาว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปี 2558 ตรวจพบโรคเส้นหัวใจรั่ว ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่ดื่มสุรา และไม่ใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดฟัน ฟันโยกไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจรักษาและนัดถอนฟัน แพทย์ให้หยุดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด 1 สัปดาห์ 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบผู้ป่วยนอนหมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว โทรเรียก 1669 โรงพยาบาลสุทธาเวช ออกรับ และส่งต่อมาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ชักประวัติจากญาติให้ข้อมูลว่า พบผู้ป่วยปกติครั้งสุดท้าย (last seen normal) เวลา 07.00 น. ขณะรับประทานอาหารเช้า เวลา 08.50 น. พบผู้ป่วยนอนหมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว มาถึงโรงพยาบาลมหาสารคาม (onset to door) เวลา 09.20 น. ตรวจร่างกาย GCS E3V4M6 , pupil 2 mmRTLBE, motor power Rt gr 4 Lt gr 0 มี left facial palsy, DTX stat 133 mg/dl ให้ NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr ที่แขนด้านขวา แขนด้านซ้าย เปิดเส้น on heparin lock ไว้เพื่อให้ยา แพทย์วินิจฉัยโรค Acute stroke เปิด stroke fast track ชั่งน้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่ง Lab CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte และจางเลือด ส่งผู้ป่วยทำ CT brain non contract แพทย์ตรวจอาการทางระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดได้เป็นประโยค แต่พูดได้ช้า ประเมิน NIHSS แกร็บ 22 คะแนน, EKG NSR rate 98 bpm, no ST-T change, สัญญาณชีพแกร็บ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 212/124 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของ

ออกซิเจนในเลือด 99% แพทย์ได้แจ้งผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการให้ยา รวมถึงปัจจัยเสี่ยงถ้าให้ยาละลายลิ่มเลือด อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมองหรือผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ญาติรับทราบและตัดสินใจรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เสนอยินยอม รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

กรณีศึกษารายที่ 2

ชายไทยอายุ 47 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา 6 ภูมิลาเนาอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม อาศัยอยู่กับพี่ชายและพี่สาว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปี 2554 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ รับประทานยาที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย ประวัติการเจ็บป่วย 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลญาติไปพบผู้ป่วย พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง จึงนำส่งโรงพยาบาลกันทรวิชัย วินิจฉัยโรค R/O stroke ตรวจร่างกาย E4V3M6 pupil 3 mm RTLBE , motor power Rt gr 5, Lt gr 0 , left facial palsy, DTX stat 112 mg/dl จึง refer โรงพยาบาลมหาสารคาม ไม่มีประวัติแพ้ยา ญาติให้ประวัติผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น เชื่อว่าสามารถรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ ดื่มสุรา สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ประมาณ 150 มิลลิลิตร แกร็บที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง Glasgow coma scale 13 คะแนน (E3V4M6) pupil 3 mm RTLBE motor power แขน ขา ซีกขวา grade 5 แขน ขา ซีกซ้าย grade 0, DTX stat 112 mg/dl, EKG NSR rate 82 bpm, no ST- T ประเมิน NIHSS แกร็บ 24 คะแนน สัญญาณชีพแกร็บ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/88 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 97 % ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute ischemic stroke ให้ NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr ที่แขนด้านขวา ชั่งน้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่ง Lab CBC, PT ,PTT ,INR, BUN ,Cr, Electrolyte ส่งทำ CT brain non contract และ admit stroke unit



การเปรียบเทียบข้อมูลการรักษาของกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แผนการรักษาของแพทย์	การวินิจฉัย Acute ischemic stroke เปิด stroke fast track - CT brain - On O₂ canular 2-4 LPM if O₂sat >94% - ให้อาหารละลายลิ้มเลือด rt-PA (1 mg:1 cc) 0.9 mg x BW60 kgs rt-PA total dose 54mg rt-PA(10%) 5.4mg iv bolus in 1 min rt-PA(90%) 48.6mg iv drip in 60 min - Nicardipine 20 mg+NSS 100 ml drip 5 ml/hr titrate ครั้งละ 5 ml/hr ทุก 5 นาที - ยาปฏิชีวนะเริ่มแรกให้ ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ต่อ มาเปลี่ยนเป็น Ceftazidime 2 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง - เจาะเลือดตรวจ DTX ทุก 6 ชั่วโมง - ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1:1) 250 ซีซี วันละ 4 feed - Palliative care (performance scale = 20)	การวินิจฉัย Acute ischemic stroke Non fast track (มีอาการก่อนมา 8 ชม.) - CT brain - On O₂ canular 2-4 LPM if O₂sat >94% - Nicardipine 20 mg+NSS 100 ml drip 5 ml/hr titrate ครั้งละ 5 ml/hr ทุก 5 นาที - NSS 1000 ml vein drip rate 80 cc/hr - ยาปฏิชีวนะเริ่มแรกให้ Ceftazidime 2 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง - เจาะเลือดตรวจ DTX ก่อนมื้ออาหารและ ก่อนนอน - ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1.5:1) 300 ซีซี วันละ 4 feed - Palliative care (performance scale = 20)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- WBC 10,890 Cell/mm³, Neutrophil 42% (14มค. 63) - PT 16.4 min, PTT 22.3 min, INR 1.5	- WBC 6320 Cell/mm³, Neutrophil 40% (5มีค. 63) - PT 19.8 min, PTT 28.3 min, INR 1.4
ผลการตรวจรังสีวิทยา	CT brain: suggested acute right MCA infarction (14มค. 63) : chorological change of acute large right MCA infarction (15มค. 63)	CT brain: acute right cerebellar infarction at inferior aspect (5มีค. 63) : Progression of acute infarction involving almost total right inferior-cerebellar, mild hydrocephalus (8มีค. 63)

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 ของกอร์ดอน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1) การพยาบาลระยะวิกฤต	1. การกำซาบเลือดในสมองลดลงจากความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองซีกขวาตีบและมีภาวะสมองบวม 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบจากการสำลักเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการกลืนได้ 6. เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง 7. รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 8. ครอบครัวยังมีความวิตกกังวลเนื่องจากเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤต	1. การกำซาบเลือดในสมองลดลงจากความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากภาวะสมองบวม 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบจากการสำลักเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการกลืนได้ 5. เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง 6. รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 7. ครอบครัวยังมีความวิตกกังวลเนื่องจากเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤต
2) การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง (Palliative care)	1. การกำซาบเลือดในสมองลดลงจากความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 3. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความบกพร่องของระบบประสาท	1. การกำซาบเลือดในสมองลดลงจากความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 3. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความบกพร่องของระบบประสาท
3) การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย	4. ครอบครัวยังมีความวิตกกังวลเนื่องจากเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤตและการเตรียมพร้อมที่จะยอมรับกับการสูญเสียขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตและการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน	4. ครอบครัวยังมีความวิตกกังวลเนื่องจากเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤตและการเตรียมพร้อมที่จะยอมรับกับการสูญเสียขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตและการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะท้าย จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้เป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 คือการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต

1.1 การพยาบาลเมื่อเกิดการกำซาบเลือดในสมองลดลงและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จะต้องประเมินและติดตามอาการ ได้แก่

1.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ปฏิกริยา รูม่านตาต่อแสง (pupil) กำลังแขน ขา (motor power) และสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง BP < 200/102 หรือ > 100/70 mmHg , Pulse < 120 หรือ > 60 ครั้ง/นาที เฝ้าระวังภาวะ Apneustic pattern (หยุดหายใจเป็นพักๆ) ภาวะ Chyne -Stroke pattern (หายใจเร็วช้าสลับกัน) และAtaxic pattern (หยุดหายใจไม่สม่ำเสมอ) เฝ้าระวังอุณหภูมิร่างกายไม่ให้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อสมองถูกทำลายจากภาวะไข้

1.1.2 จัดทำให้อนสิริษะสูง 30 องศา รักษาแนวศีรษะ คอ และลำตัวให้อยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะ Valsalva maneuver

1.1.3 สังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง อย่างรุนแรง ตาพร่ามัวกระตุก

1.1.4 ควบคุมการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำ

1.1.5 ดูแลให้ได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา พร้อมติดตามอาการข้างเคียงของยา

1.1.6 หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย

1.1.7 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบลดการกระตุ้นและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มีความต่างกันที่ ผู้ป่วยรายที่ 1 เข้ารับการรักษาภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่ เข้า stroke fast track เนื่องจากมีอาการ 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue plasminogen activator ; rtPA) ในกรณีผู้ป่วยได้รับยา

ละลายลิ่มเลือด การพยาบาลที่มีความแตกต่างคือขณะให้ยาและหลังให้ยา การประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ปฏิกริยา รูม่านตาต่อแสง (pupil) กำลังแขน ขา (motor power) และสัญญาณชีพ ประเมินทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง ประเมินทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง ประเมินทุก 1 ชั่วโมง 16 ชั่วโมง แล้วจึงประเมินทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่ เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองและอาการทางระบบประสาทที่เลวลง เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่ามีเลือดออกในสมอง เช่น ปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างเฉียบพลัน สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงเกิน 180/105 mmHg หรืออาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อพบอาการดังกล่าว ให้ปฏิบัติดังนี้ หยุดให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำทันที รายงานแพทย์ทันที เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency เจาะเลือดตรวจ CBC, Coagulogram เตรียม FFP (fresh frozen plasma) ประมาณ 10 cc/kg ตามแผนการรักษา และประสานทีมผ่าตัด กรณีแพทย์พิจารณาทำการผ่าตัด

1.2 การพยาบาลเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของ ภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ respiratory distress ชีพจร เป็นต้น ทุก ½ -1 ชั่วโมง ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง สังเกตภาวะขาดออกซิเจน ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้า เพื่อช่วยบรรเทาอาการกระสับกระส่าย เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจลำบาก โดยผู้ป่วยควรมีระดับออกซิเจนในเลือด (SaO₂) ไม่ต่ำกว่า 94 %

1.3 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร ดังนี้ ความรู้สติ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินความสามารถในการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนจากสถาบันประสาทวิทยา ฟังเสียง bowel sound ได้ยินเสียง 6-8 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ประเมินการกลืนไม่ผ่าน การรับรู้สติ และไม่สามารถควบคุมน้ำลายตัวเองได้ บทบาทของพยาบาล

เมื่อประเมินการกลืนไม่ผ่าน รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet ตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมายโดยระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วย วิกฤต (Acute phase) ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ประมาณ 20-25 kcal/kg/day ภายใน 72-92 ชั่วโมงแรก ภายหลังเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และควรได้สารอาหารโปรตีน ประมาณ 1.2 -2 g/kg/day และไขมันไม่ควรเกิน 0.1 gm/ kg/day⁷ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายขณะให้อาหารควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมีการทดสอบตำแหน่งทุกครั้งก่อนให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลัก¹⁰

1.4 การดูแลด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีปัญหาความวิตกกังวล กลัว โดดเดี่ยวไปจนถึงสิ้นหวัง จากสภาวะโรคและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะทางสมอง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สื่อสารไม่ได้ จะทำให้เกิดความสูญเสียพลังอำนาจ เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากมีปัญหาในการพูดสื่อสาร นอกจากผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาแล้ว สมาชิกในครอบครัวยังต้องเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย ดังนั้น พยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

1.4.1 จัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม อาทิ ให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด โดยควบคุมไม่ให้เกิน 35 เดซิเบล เช่น เสียงการทำงานของอุปกรณ์การรักษาพยาบาล เสียงพูดคุยของแพทย์พยาบาล เสียงโทรศัพท์ เป็นต้น จัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอไม่มากหรือน้อยไป

1.4.2 บอกให้ผู้ป่วยทราบวัน เวลาโดยจัดหาปฏิทินนาฬิกา ที่สามารถมองเห็น บอกเวลากลางวัน-กลางคืน อาจจัดให้ผู้ป่วยฟังวิทยุ หรือให้ญาติอ่านหนังสือให้ฟังตามความเหมาะสม

1.4.3 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจโดยวิธีสัมผัสรวม ทั้งให้เวลาที่นานพอแก่ผู้ป่วย

1.4.4 อนุญาตให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกันตามลำพังเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจและประคับประคองจิตใจ จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 2 คือ การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง (Palliative care)

2.1 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จะต้องประเมินและติดตามอาการได้แก่

2.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ปฏิกริยารูม่านตาต่อแสง (pupil) กำลังแขน ขา (motor power) และสัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมง

2.1.2 จัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา รักษาแนวศีรษะ คอ และลำตัวให้อยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะ Valsalva maneuver

2.1.3 สังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่งอย่างรุนแรง ตาพร่ามัวกระตุก

2.1.4 ควบคุมการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำ

2.1.5 ดูแลให้ได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา พร้อมติดตามอาการข้างเคียงของยา

2.1.6 หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย

2.1.7 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบลดการกระตุ้น และให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

2.2. การพยาบาลเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.1 ประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค เช่น วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง หรือแล้วแต่สภาพของผู้ป่วย ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง

2.2.2 จัดท่าให้เสมหะออกได้ง่าย (postural drainage) เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆช่วยผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่า ทุก 1-2 ชั่วโมงจัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา

2.2.3 ดูแลความสะอาดในช่องปากฟันลิ้นทุกเวรอย่างน้อยเวรละ 2 ครั้ง โดยใช้การแปรงฟัน หรือใช้น้ำยา chlorhexidine gluconate (0.12%) ซึ่งเป็นน้ำยาที่มี



ประสิทธิภาพลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ลดการติดเชื้อในปอดและคอหอยและป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์¹¹

2.2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะในรายที่มีไข้สูง น้ำจะช่วยเหลือและทำให้สามารถขับออกได้สะดวก แต่ต้องระวังให้น้ำในปริมาณพอเหมาะสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เมื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินสภาพการหายใจ ต้องได้รับการดูแลใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์ได้ให้ข้อมูลการดำเนินโรคและโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยจากผลการทำ CT brain ครั้งที่ 2 พบเนื้อสมองตายเพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลหลักได้ตัดสินใจร่วมกันโดยเลือกแนวทางการรักษาแบบประคับประคองอาการ (Palliative care) ปฏิเสธการผ่าตัดและใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

2.3. การดูแลด้านจิตสังคม

2.3.1 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ/ครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ต้องการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอย่างชัดเจน และการกำหนดเป้าหมายของการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ/ครอบครัวและพยาบาล

2.3.2 ให้คำปรึกษาแก่ญาติ/ครอบครัว ถึงภาวะโรคซึ่งอยู่ในระยะที่ไม่อาจจะรักษาหายได้ด้วยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งในขณะนี้การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบประคับประคอง โดยไม่เร่งรัดหรือเหนียวรั้งยืดยื้อชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งการเตรียมพร้อมสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2.3.3 จัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม อาทิ ให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด โดยควบคุมไม่ให้เกิน 35 เดซิเบล เช่น เสียงการทำงานของอุปกรณ์การพยาบาล เสียงพูดคุยของแพทย์พยาบาล เสียงโทรศัพท์ เป็นต้น จัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอไม่มากหรือน้อยไป

2.3.4 บอกให้ผู้ป่วยทราบวัน เวลาโดยจัดหา นาฬิกาที่สามารถมองเห็น บอกเวลากลางวัน-กลางคืน อาจจัดให้ผู้ป่วยฟังวิทยุ หรือให้ญาติอ่านหนังสือให้ฟังตามความเหมาะสม

2.3.5 อนุญาตให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันตามลำพังเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจและประคับประคองจิตใจ จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

2.3.6 เปิดโอกาสให้ผู้และญาติได้ได้ประกอบพิธีทางศาสนาที่ต้องการ และช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลระยะที่ 3 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้

3.1 ประเมินข้อมูลความรู้และประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวันและสุขนิสัย ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการช่วยเหลือ

3.2 อธิบายให้ผู้ป่วย ญาติ/ครอบครัว เข้าใจกระบวนการเกิดของโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการและอาการแสดง การรักษาและการดูแลตนเอง

3.3 วางแผนจำหน่ายร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวางแผนการดูแลและติดตามเยี่ยม

3.3 ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ช่วยอำนวยความสะดวกการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งส่งต่อการให้บริการเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ทีมดูแลต่อเนื่องได้เข้าประเมิน และให้การดูแลอย่างเหมาะสม

สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีอาการทางระบบประสาทที่เลวลง มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว กรณีศึกษารายที่ 1 เข้าระบบบริการ stroke fast track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผลการให้ยาไม่ตอบสนองต่อการรักษาเนื่องจากพบว่า มีเนื้อสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะสมองบวม เนื่องจากสมองไม่ฝ่อเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุ และพบว่ามีารอุดตันของหลอดเลือดที่สมองน้อย (cerebellum) เป็นบริเวณกว้างทำให้

เกิดภาวะสมองบวมและกดก้านสมองได้ง่าย ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติอย่างเป็นองค์รวมเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง และเมื่อได้การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหมดหวังที่จะรักษาให้หายขาด บทบาทของพยาบาลในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยให้คำปรึกษาและประชุมครอบครัว (Family meeting) เพื่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการตกลงดูแลแบบประคับประคอง บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในการจัดระบบการดูแลแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน และชุมชน จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization: (WSO). Campaign Advocacy Brochures 2017. Retrieved from [http:// WWW.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures-2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf](http://WWW.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures-2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf)
2. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขปีพ.ศ.2562[อินเทอร์เน็ต]. มหาสารคาม: [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11มค. 2563] เข้าถึงได้จากhttp://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
3. Marilyn Kendall, Eileen Cowey, Gillian Mead, Mark Barber, Christine McAlpine, David J. Stott, Kirsty Boyd and Scott A.Murray,S.A. Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study.Canadian Medical Association Journal , 2018; 190 (9) : E238-E246; DOI:
4. Robert G. Holloway, Susan Ladwig, Jessica Robb, Adam Kelly, Eric Nielsen, and Timothy E. Quill. Palliative Care Consultations in Hospitalized Stroke Patients.Journal of Palliative Medicine. Apr 2010 ;407-412.
5. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานผู้ป่วยใน [อินเทอร์เน็ต]. มหาสารคาม: [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 มค 2563]
6. ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ : Clinical practice guidelines for ischemic stroke. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2555.
7. กรณิการ์ คงบุญเกียรติและคณะ.แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น:Fi'rb,rN8Jy'okok;bmpk.2561. P3-14.
8. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ.การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2556; 23 (1): 81-90
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขา Palliative care [อินเทอร์เน็ต].2562[สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563]; แหล่งข้อมูล:www.mkm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.
10. อภิญา กุลทะเล การป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤติ.ใน วิจิตรา กุสมภ์และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ ,สหประชาพานิชย์; 2560 :521-524.
11. Lionel A.et al. Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on th Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clinical Infectious Disease ,2007 ; 44 : 27-72