

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Nursing care of the ischemic stroke patients with thrombolysis

ดวงพร คงเปี่ยม<sup>1</sup>

Duangporn Kongpiam<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดสมอง สาเหตุอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกหรือการอุดตันจากก้อนเลือด ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญมาก สามารถเปลี่ยนการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis)

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี มาด้วยอาการแขนขาขวาอ่อนแรง 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็น โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (Lacunar Infarction) ได้ให้การพยาบาลเกี่ยวกับลดภาวะสมองบวม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ภายใน 40 นาที หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด ประเมินสัญญาณชีพหลังให้ยา ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที ใน 6 ชั่วโมง ความดันโลหิต 140-200/90-100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94-98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3-37.3 องศาเซลเซียส หลังให้ยาหมดผู้ป่วยมีอาการซีมลง Glasgow coma scale ได้ E1V1M5 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 200/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส แพทย์สั่งให้ on ET Tube with Bird's respirator ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม ลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย off ET tube ในวันที่ 2 หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อมาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 8 วัน พยาบาลให้ความรู้และแนะนำวิธีการดูแลแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และมีการนัดตรวจซ้ำ 1 เดือน ที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 46,720 บาท

**ผลลัพธ์ :** ผู้ป่วยไม่มีอันตรายจากภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระยะฉุกเฉิน สามารถแก้ไขปัญหาลักษณะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ลดภาวะสมองบวมโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรค การฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

### ABSTRACT

**Background:** Stroke is that is preventing the flow of blood to brain may be caused by stroke or blocked artery partitions from a lump of blood. Make the brain tissue is damaged. Treating stroke in acute ischemia is very important. Because it can change the action of disease and prognosis

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน  
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

of the patients. In particular, drugs, blood clot thrombolysis.

**Case study :** 74-year-old female patient came to Thailand by the right patient for 20 minutes before the limbs came to hospital. Doctors diagnosed as stenosis and stroke (Lacunar Infarction) is clogged, reducing brain swelling about nursing. Prevent the occurrence of complications from a blood clot and dissolved drugs received care, patients with Recombinant tissue plasminogen activator drugs received (rt-PA) within 40 minutes later, a blood clot drug solubility. Assess vital signs every 15 minutes, the drug in every 30 minutes 6 hours 2 hours blood pressure 140/90-100 mm-200 mercury 94-98 times pulse/minute to breathe 20 times/min 36.3-37.3 degrees Celsius temperature. After all, the drug for patients with symptoms of the absorption into Glasgow coma scale have E1V1M5 vital signs. Blood pressure 200/100 mm of mercury 98 times/min breathing pulse 20 times/min temperature 37.3 degrees Celsius. The doctor, with Bird respirator on ET Tube, the nurse to help prevent Brain swelling. Reduction of anxiety of relatives of patients ET tube for 2 off after undergoing treatment in hospital following a patient has a symptomatic. Hospitalized in a hospital for a period of 8 days. Nursing knowledge and how to care for relatives who care for patients is sufficiently. Before you go home and repeat the 1-month lab internal medicine clinic. King Narai the great hospital. Total expenses 46720 baht.

**Result :** The patient does not occur, the dangers of acute brain ischemia in the emergency phase. Solve the problem of high pressure in the skull and dementia. Reducing brain swelling with breathing tube A story of rehabilitation and prevention of the duplicates.

**Keyword :** Nursing patients Ischemic stroke , Nursing for rtPA.

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นกลุ่มอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้คือ 1) มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral embolism) หรือ 2) มีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง (Intracerebral hemorrhage) หรือทำให้เกิดเลือดออกใต้ชั้น Subarachnoid hemorrhage โดยที่ความหมายนี้ไม่รวมถึงการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากการติดเชื้อและกลุ่มอาการทางระบบประสาท ที่เกิด

จากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก หรือการอุดตันจากก้อนเลือด ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจนและสารอาหาร เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป มีผลทำให้ระบบประสาทสั่งการที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายสูญเสียไป ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นาน 24 ชั่วโมง<sup>1</sup> ดังนั้นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญมาก เป้าหมายการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

ในระยะเฉียบพลัน คือ การพยายามทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่เรียกว่า Ischemic Penumbra ให้ได้เร็วที่สุด เนื่องจากหลังการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตันแล้วพบว่า บริเวณของเนื้อสมองส่วนหนึ่งที่ยังไม่ตายนั้น ถึงแม้ว่าจะสูญเสียความสามารถในการทำงานไปแล้วก็ตาม และเนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ถ้าสามารถช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นได้เร็วพอ ซึ่งเนื้อสมองส่วนนี้เรียกว่า Ischemic Penumbra เพราะสามารถเปลี่ยนการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ยา Recombinant Tissue - Plasminogen Activator (rt-PA) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่มีข้อมูลทางการแพทย์ ในการใช้เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลันมากที่สุดในปัจจุบัน อีกทั้งยังถือเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้มีข้อบ่งชี้และข้อจำกัด ดังนี้

ข้อบ่งชี้ ได้แก่ 1) มีอาการของสมองขาดเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง 2) มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่ตรวจพบได้และ 3) ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมองหรือเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง

ข้อจำกัด ได้แก่ 1) มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน 2) มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน 3) มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน 4) เลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน 5) ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นเองอย่างมากในเวลาอันรวดเร็ว หรือมีอาการน้อยก่อให้เกิดความพิการที่ไม่รุนแรง เช่น ชาเล็กน้อยเพียงอย่างเดียว 6) มีอาการชักแต่เริ่มแรก 7) มีประวัติกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงเวลาอันใกล้ 8) ความดันช่วงก่อนให้การรักษาส่ง โดยความดันซิสโตลิกสูงกว่า 185 มม.ปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 110 มม.ปรอท 9) มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก./ดล. หรือสูงกว่า 400 มก./ดล. 10) มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/mm<sup>3</sup> 11) ได้รับยา Heparin ภายใน

48 ชั่วโมงและมีค่า Partial Thromboplastin Time (PTT) ผิดปกติ และ 12) ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยมีค่า Prothrombin Time (PT) มากกว่า 15 วินาที หรือมีค่า International Normalized Ratio (INR) มากกว่า 1.7

ข้อห้ามเพิ่มในกรณีที่จะให้ยา rt-PA ช่วง 3-4.5 ชั่วโมง

- 1) อายุมากกว่า 80 ปี
- 2) NIHSS > 25 (National Institute of Health Stroke Scale)
- 3) เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน หรือเป็น เบาหวานร่วมด้วย
- 4) รับประทานยาป้องกัน การแข็งตัวของเลือดอยู่ โดยไม่คำนึงถึง INR

การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมง ถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมาก เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลงได้มาก และยังมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นผลจากยาละลายลิ่มเลือดได้ ทั้งนี้การประเมินที่สำคัญภายหลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ 1) การประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงอาจมีความเสี่ยงทำให้มีเลือดออกในสมองแตกได้ ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 มม.ปรอท ทั้งก่อนการรักษาและภายหลัง 24 ชั่วโมง หลังการรักษา 2) ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท โดยประเมินทั้งระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียน และอาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการมีเลือดออกในสมอง 3) ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกในระบบต่างๆ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ และในกล้ามเนื้อ เป็นต้น และ 4) ประเมินพยาธิสภาพในสมองที่ระยะเวลา 24 ชั่วโมง โดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ<sup>2,3</sup>

### การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)

แอสไพริน (Aspirin) เป็นยาต้านเกล็ดเลือดชนิดเดียวที่มีหลักฐานสนับสนุนว่า ใช้ได้ผลในการป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน โดยการให้รับประทานแอสไพริน ขนาด 300 มิลลิกรัม วันละครั้งถึงหนึ่งเม็ดทันทีถ้าไม่มีข้อห้าม

### การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)

เฮพาริน (Heparin) เป็นยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดที่ใช้กันมานาน ในการรักษาโรคสมองขาดเลือด โดยมีจุดประสงค์เพื่อรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ในการป้องกันการเกิดสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาจากลิ่มเลือดหัวใจ

### การรักษาภาวะสมองบวม

ภาวะสมองบวมเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงและเสียชีวิตในระยะแรก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองใหญ่ขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง ภาวะสมองบวมส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 2-5 วันหลังจากเริ่มมีอาการของหลอดเลือดสมองอุดตัน ยาที่ใช้รักษาภาวะสมองบวม ได้แก่ Mannitol หรือ Glycerol ซึ่งเป็นสาร Osmotic Agent หรือให้ยาขับปัสสาวะ เช่น Lasix<sup>4</sup>

### การควบคุมระดับความดันโลหิต

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมี ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าปกติจากปัจจัยหลายๆอย่าง รวมทั้งเป็นกลไกของร่างกายที่จะช่วยให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น ทั้งนี้ความดันโลหิตที่ไม่สูงจนเกินไป มักจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จึงไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิต โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเกิดโรค ทั้งนี้ระดับความดันโลหิตที่ควรพิจารณาให้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด คือ กรณีที่ความดันโลหิตสูงกว่า

220/120 มม.ปรอท ยาที่ให้ควรเป็นยาที่มีฤทธิ์สั้น เช่น Sodium Nitroprusside, Nitroglycerine ทางหลอดเลือดดำ กรณีที่มีความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) มากกว่า 220 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันไดแอสโตลิก (DBP) อยู่ระหว่าง 120-140 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Captopril 6.25-12.5 มิลลิกรัมทางปาก Nifedipine ทางหลอดเลือดดำ Labetalol ทางหลอดเลือดดำหรือยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor ชนิดที่ออกฤทธิ์สั้น ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม Calcium Antagonist โดยเฉพาะ Nifedipine ที่ให้หมดได้ลิ้น เนื่องจากอาจทำให้ความดันโลหิตลดลงในเวลาอันรวดเร็วเกินไป จนทำให้สมองขาดเลือดมากขึ้นได้<sup>5</sup>

### การให้สารน้ำและเกลือแร่

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดควรดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีสารน้ำและเกลือแร่ในระดับที่ปกติ (Normovolemia) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเชื่อว่าอาจช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดียิ่งขึ้น โดยทั่วไปไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคส เนื่องจากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง อาจมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ รับประทานได้น้อยหรืออยู่ระหว่างการงดน้ำและอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหรือความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ควรจำกัดสารน้ำไม่ให้มีปริมาณมากเกินไป เพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้นได้

### การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงในช่วงแรกที่เกิดภาวะสมองขาดเลือด มีความสัมพันธ์กับการมีผลลัพธ์ที่ไม่ดีหลังติดตามผู้ป่วยไปในระยะยาว หากแต่ยังไม่มีหลักฐานใดที่ชัดเจนว่าการลดระดับน้ำตาลในเลือดจะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยทั่วไปแนะนำให้ลดระดับน้ำตาลในเลือด ในกรณีที่ระดับน้ำตาล

ในเลือดสูงกว่า 180 มก/ดล. ด้วยการฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้น ในทางกลับกันระดับน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดอาจทำให้สมองขาดพลังงานและมีการทำลายเซลล์สมองได้ ดังนั้นควรติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ<sup>5,6</sup>

### การวินิจฉัย

1.จากการซักประวัติและตรวจร่างกายที่มาด้วยอาการแขนขาครึ่งซีกอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด และระยะเวลาที่เกิดอาการอย่างละเอียด การประเมินทางระบบประสาท และถ้ามาในระยะฉุกเฉินภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ต้องประเมิน NIHSS (The National Institute of Health Stroke Scale) ร่วมเพื่อใช้เป็นตัวประเมินในการที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติในการให้ยาด้วย

2.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การหาระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อแยกโรคจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การตรวจเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด

3.การตรวจทางรังสี ได้แก่ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อวินิจฉัยโรคว่าเป็นชนิดใด และแยกออกจากโรคเลือดออกในสมอง<sup>7,8</sup>

### การพยากรณ์โรค

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 10 และพิการร้อยละ 50 และเชื่อว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2558 ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันโดยให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง และการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีสมองบวมภายใน 48 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตาย และความพิการได้

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตายมีโอกาสดลดลงมากเท่านั้น การรักษาแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

**กรณีศึกษา** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี อาชีพคนชรา ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างขวอ่อนแรง 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่า Acute cerebral infractionการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย คือ Acute cerebral infraction from cerebral thrombosis with Anemia Iron deficit

### อาการสำคัญ

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแขนขา ข้างขวา 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล อาการหายไปเอง ต่อมาครึ่งชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแขนขาซีกขวอ่อนแรงอีก ญาติจึงพามาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

### การตรวจร่างกายและการประเมินอาการแรกรับ

อาการแรกรับเมื่อผู้ป่วยมาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ ผู้ป่วยหญิงไทยวัยชรารูปร่างผอม รู้สึกตัวแขนขาซีกขวอ่อนแรง ระดับ III แขนขาซีกซ้ายกำลังปกติ Glasgow Coma Score = E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> รุนานตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร ค่ะเนน NIHSS ได้ 8 ค่ะเนน ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 59 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส DTX 122 mg% , PT 10.8 sec INR 0.96 ผล CT Brain เป็น Chronic lacunar infarction in R-BG region ,ผล EKG sinus rhythm multiple premature complexes O<sub>2</sub> Saturation 100%, on O<sub>2</sub> cannular 3 lit/min, Retained NG Tube ,Retained F-cath c bag ผู้ป่วยมาภายในเวลา Golden period เข้าสู่

แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้ยา rt-PA ในเวลาที่ 40 นาที (Door to needle time) ได้ยา rt-PA 4.41 mg ⑤ bolus in 1 min และ rt-PA 39.69 mg ⑤ drip in 60 min on Intravenous fluid 0.9% NSS 1000 cc. ⑤ drip 80 cc./hr. การตรวจร่างกายระบบอื่นๆ ปกติ

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจที่พบผิดปกติได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) Hct 21.2%, Hb 6.6 g/dl WBC 5,589 cells/uL, Monocyte 8.2%, MCV 88.1 pg, MCH 27.4 pg. Electrolyte Sodium 134 mmo/L CO<sub>2</sub> 21.0 mmol/L Potassium 3.21 mmol/L

ผลการตรวจ CT Brain วันแรก Chronic lacunar infarction in R-BG region วันที่สองหลังจากผู้ป่วยได้รับยา rt-PA Small ill-defined hypodense lesion in the left lentiform nucleus representing recent lacunar infarction

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และไม่เกิดภาวะสมองบวม
2. เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดความพิการ สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

### การรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษา 8 วัน ดังนี้ Day 1 หลังจากผู้ป่วย มาโรงพยาบาลด้วยแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว เข้าสู่ระบบ Stroke Fast track ที่ห้องฉุกเฉิน ได้รับการประเมิน ระยะเวลาที่ห้องฉุกเฉินตรงตามข้อบ่งชี้ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) โดยให้ยา rt-PA 4.41 mg ⑤ in 1 min ที่ห้องฉุกเฉิน ต่อด้วย rt-PA 39.69 mg ⑤ in 60 min ติดตาม v/s neurological sings และ NIHSS หลังให้ยา ทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง นาน 24 ชั่วโมง ที่หอ

ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยได้รับยา Omeprazole 40 mg ⑤ ทุก 12 ชั่วโมง MOM 30 ml ⑤ ก่อนนอน และ Paracetamol (500mg) 2 tab prn for fever ทุก 4-6 ชั่วโมง งดน้ำงดอาหาร ยกเว้นยา On NG tube On Foley' cath หลัง 24 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยซึมลงหลังจากได้ยา rt-PA หมด 1 ชั่วโมง วัดความดันโลหิต เพิ่มขึ้น เป็น 200/100 mmHg แพทย์ On ET-tube No 7.5 ซีด 22 นิ้วมูกปาก ให้ยา Labetalol 10 mg ⑤ ใน 1 นาที ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง 150/90 mmHg มีการติดตามผล CT Brain ตรวจและดูแลรอบที่สองไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง ติดตามระบบสัญญาณชีพ และระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง อาการของผู้ป่วยคงที่ สามารถ wean และ off tube ในวันที่ 2 แพทย์ให้ย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงได้ เริ่มมีการประเมินการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืน อาการปกติ แพทย์เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อน หยุดให้ off Omeprazole ซีด เปลี่ยนเป็นให้ Omeprazole (40mg) 1 tab ⑤ OD AC , ASA (300mg) 1 tab ⑤ OD PC, Simvase(20) 1 tab ⑤ hs, Enaril (5mg) 1 tab ⑤ OD PC, Plavix (75) 1 tab ⑤ OD PC และ off MOM ให้ senokot 2 tab ⑤ hs แพทย์ให้ off Iv fluid ให้ ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ประเมิน neurological sings ทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยเคยมีประวัติมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร แพทย์จึงให้ off ASA และ Plavix ไว้ก่อนและเริ่มให้ ASA (81mg) 1 tab ⑤ OD PC พู้งนี้เพิ่ม Omeprazole (40mg) 1 tab ⑤ bid ac , FBC 1 tab ⑤ tid pc, Folic 1 tab ⑤ od pc ให้ off F-cath ปรีक्षणักกายภาพบำบัด เริ่มให้ soft diet วันที่ 3 แพทย์ให้ติดตาม FBS Chol TG LDL เพิ่มให้ยา Amlodipine (5mg) 2 tab ⑤ bid pc วันที่ 5 ผู้ป่วยมีหน้ามืด แขนขาซีกขวาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น พูดไม่ชัดมี ปากเบี้ยว แพทย์ให้ส่งทำ CT Brain อีกครั้ง ให้งดน้ำงดอาหารทุกชนิด ติดตาม CBC BUN Cr Electrolyte PT PTT ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ประเมิน neurological sings ทุก 4 ชั่วโมง On 0.9%NSS 1000 ml ⑤ 80 ml/hr

ผู้ป่วยมีภาวะช็อค Hct = 21.2 mg% ดูแลให้ PRC 2 unit ⑤ drip unit ละ 3 ชั่วโมง ติดตามผล Hct พบดังนี้  
อีกครั้ง off Omeprazole กิน เปลี่ยนเป็น Omeprazole (40mg) 1 vial ⑤ ทุก 12 ชั่วโมง Hct เพิ่มขึ้นเป็น 29%  
ผู้ป่วยยังมีอ่อนเพลียให้ PRC อีก 1 unit ⑤ drip เริ่ม  
ให้รับประทานยาและอาหารได้ เริ่มให้ Enaril (5mg) 1 tab ② OD Pc และ Xanax (0.5 mg) 1 ② Hs ส่งทำ  
CT Brain ซ้ำ ผลเป็นไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงจากเดิมยังมี  
เส้นเลือดฝอยขาดเลือดไปเลี้ยงเหมือนเดิม วันที่เจ็ด  
ผู้ป่วยมีอาการสดชื่นขึ้น ไม่มีถ่ายดำ ผลการตรวจทาง  
ระบบประสาท E4V5M6 วันที่ 8 D/C เวลา 16.00 น.  
อาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้โดยให้ยาไป  
รับประทานคือที่บ้านดังนี้ ASA (81mg) 1 tab ② od  
pc, Enalapril (5 mg) 1 tab ② od pc, Omeprazole  
1 tab ② bid ac, FBC 1 tab ② tid PC , Folic  
1 tab ② od pc, Simvastatin (20mg) 1 tab ② od  
pc, MOM 30 ml ② hs prn ,Xanax (0.5mg) 1  
tab ② hs prn และ Paracetamol (500mg) 1 tab ② prn  
for fever ทุก 4-6 ชั่วโมง นัดตรวจซ้ำ 2 สัปดาห์  
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่ห้องตรวจผู้ป่วย  
นอกอายุรกรรม ติดตามผล CBC ก่อนพบแพทย์ ผู้ป่วย  
ได้รับคำแนะนำเรื่องโรค การฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ  
การออกกำลังกายบำบัด แนะนำเรื่องยา ให้ความ  
สำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง การรับประทาน  
อาหารงดเค็ม งดรสจัด และผลข้างเคียงจากการ  
รับประทานยา การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและ  
เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค  
และการกลับเป็นซ้ำ จำหน่ายกลับบ้าน จำนวนวันนอน  
รวมในโรงพยาบาล 8 วัน รวมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับ  
การรักษาครั้งนี้ 46,720 บาท

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ขณะผู้ป่วยรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล  
ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนของ Gordon มา  
เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย  
โดยการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุม

ด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ตั้งแต่แรกรับ  
จนถึงจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง ปัญหา และ  
ความต้องการ

- 1.คือเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ  
ยาละลายลิ่มเลือด
- 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวมจาก  
เส้นเลือดสมองตีบ
- 3.เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากตัวนำ  
ออกซิเจนลดลง
- 4.พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร  
ประจำวัน
- 5.มีภาวะช็อค
- 6.มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ
- 7.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่  
เป็นอยู่

การพยาบาลที่ให้การประเมินสภาพ  
ร่างกายผู้ป่วยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจ  
ทางห้องปฏิบัติการ CT Brain, chest x-rays, EKG  
การส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ เป็นต้น ประเมินระดับความ  
รู้สึกตัว vital signs การประเมินทางระบบประสาท  
และบันทึก รวมทั้งรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ  
ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงมาตั้งแต่แรกรับ มาทัน  
เวลาเร่งด่วนที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด  
ดำได้ หลังจากประเมินว่าสามารถให้ยาได้ต้อง  
ประเมินตามข้อบ่งชี้ และข้อห้ามในการให้ยาทุกข้อ ให้  
คำอธิบายญาติผู้ดูแลถึงภาวะแทรกซ้อน จากการให้ยา  
ละลายลิ่มเลือดและให้ญาติผู้ดูแลเซ็นใบยินยอมก่อนให้  
ยาละลายลิ่มเลือด ประสานงานกับแพทย์ทางระบบ  
ประสาทศัลยศาสตร์ว่าจะให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ต้องเฝ้าระวังภาวะ  
แทรกซ้อนหลังการให้ยา คือมีภาวะเลือดออกในสมอง  
หรือระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยประเมินหลังให้ยา ทุก  
15 นาที นาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง  
และทุก 1 ชั่วโมง นาน 24 ชั่วโมง โดยประเมิน สัญญาณชีพ  
Glasgow Coma Scale และ NIHSS ดูแลการให้สาร  
น้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 0.9 %NSS 1000 ml ⑤

80 ml/hr หลังจากติดตามผล DTX ทุก 6 ชั่วโมง ให้ออกซิเจนเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น หลังจากให้ยา rt-PA หมดในชั่วโมงแรกผู้ป่วยมีอาการซึมลง ความดันโลหิตสูง 200/100 mmHg แพทย์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ระดับ 22 นิ้วมูปาก ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน Monitor EKG วัดสัญญาณชีพ Glasgow Coma Scale และ NIHSS ทุก 15 นาที หลังแพทย์ให้ยาลดความดัน Labetalol 10 mg ⑤ ใน 1 นาทีความดันลดลงเหลือ 150/100 mmHg ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดติดตามผล CT brain ซ้ำ ไม่มีภาวะเลือดออก จัดทำศีรษะสูง 30 องศาเพื่อลดภาวะสมองบวม ดูแลเสมหะเมื่อจำเป็น ป้องกันไม่ให้มีไข้สูง โดยประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ทุก 15 นาที ผู้ป่วยเริ่มต้นในวันที่ 2 แพทย์เริ่มให้ยาเครื่องช่วยหายใจ และเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ประเมินสัญญาณชีพและระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะช็อคในวันที่ 3 จากมีอาการถ่ายดำ ดูแลให้ PRC 3 unit Hct จาก 21 % เพิ่มขึ้น 32 % เพื่อเพิ่มปริมาตรการไหลเวียนโลหิต และช่วยให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนมากขึ้น ดูแลให้ดื่มน้ำดอาหารให้ยา Omeprazole 40 mg ⑤ ตามแผนการรักษา และหยุดยา ASA ไว้ก่อน ดูแลให้พักผ่อนบนเตียงในท่านอนที่เหมาะสม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและป้องกันอุบัติเหตุจากการเวียนศีรษะ หน้ามืด ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การเกิดเลือดออกในสมอง ข้อติด aspirated pneumonia การช่วยอธิบายให้ข้อมูลต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในภาวะโรคที่เป็นอยู่อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี Serum K เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.63 mmol/L ไม่

พบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และ Hematocrit หลังให้เลือดครบ 3 unit เป็น 32 % แพทย์ตรวจเยื่อบุอาหารให้อาหารอ่อน ประเมินการกลืนปกติจึง off NG tube รับประทานอาหารได้ปกติ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยรับประทานยาให้ต่อเนื่อง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีถ่ายดำ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด รับประทานอาหารให้ตรงเวลางดเค็ม งดมัน อธิบายภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด และผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวต่างๆ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ และมีการส่งไปเยี่ยมบ้านเพื่อประสานพยาบาลเยี่ยมบ้านกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

## สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี มาด้วยแขนขาขวาอ่อนแรง 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แกร็บรู้สึกตัว คะแนน Glasgow coma scale ได้ E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub> แขนขาข้างซ้ายมีกำลังกล้ามเนื้อปกติ แขนขาข้างขวามีกำลังกล้ามเนื้อ ระดับ III รูม่านตาทั้งสองข้าง 2.5 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 150/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส NIHSS (The National Institute of Health Stroke Scale) 8 คะแนน PT 10.8 sec INR 0.96 O<sub>2</sub> Sat 98% ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ครั้งแรกเป็นหลอดเลือดสมองเส้นฝอยตีบและอุดตัน (Lacunar Infraction) หลังรับไว้ ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง นับจากเกิดอาการอ่อนแรง ซึ่งตรงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่องทางด่วนได้ปฏิบัติตามการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ Recombinant tissue plasminogen

activator (rt-PA) ภายในเวลาที่กำหนด หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วย มีการประเมินคะแนน NIHSS (The National Institute of Health Stroke Scale) ได้ 6 , 0 , 0 คะแนน ตามลำดับ ประเมินหลังให้ยาทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที ใน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง ใน 16 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ ติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง กำลังกล้ามเนื้อข้างขวาเพิ่มขึ้นระดับ IV หลังให้ยาหมด มีช่วงหลังยาหมดผู้ป่วยมีซึมลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ใส่ท่อช่วยหายใจ และเอาท่อช่วยหายใจออกได้ในวันที่สอง ให้การพยาบาลในระยะแรกขณะให้ยาป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาติดตามการเกิดภาวะสมองบวม หลังจากให้ยาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองวันที่ 4 นับจากนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีภาวะชืด ไม่มีถ่ายดำ ไม่มีอาเจียน ได้รับ PRC ทั้งหมด 5 ถู ผล Hct จาก 25% เพิ่มขึ้น เป็น 32% ในวันจำหน่ายกลับบ้าน ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตั้งแต่ระยะฉุกเฉินก่อนและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการกลับเป็นซ้ำ การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ญาติผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ กำลังกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรงเป็นปกติแต่จะมีขาปลายนิ้วเล็กน้อย จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน และนัดตรวจซ้ำ 1 เดือน ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 46,720 บาท

### อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ได้เรียนรู้ทางการพยาบาล เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฉุกเฉินที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ นับเป็นภาวะวิกฤต ทั้ง

ทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาความรู้สึกต่อชีวิต มีผลกระทบต่อจิตใจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ มาตรฐานผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่รวดเร็วถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะของโรคและความพิการที่หลงเหลือ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยการประเมินที่รวดเร็วถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยมาทันเวลา 4.5 ชั่วโมง พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินมีระบบที่เชื่อมต่อ เชื่อมโยงได้อย่างไม่ติดขัดเพื่อลดระยะเวลา ก่อนที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากตัวระบบประสาทหรือจากยาละลายลิ่มเลือดที่ทำให้การประเมินที่รวดเร็วและถูกต้องจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตก็สามารถช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นต้น การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นสิ่งที่สำคัญมาก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญ การแนะนำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้เมื่อกลับไปบ้านจะทำให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังตนเอง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารงดเค็ม งดมัน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพลดความพิการที่ยังเหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในกรณีศึกษานี้ทำให้เห็นความสำคัญของโรคในระยะฉุกเฉินซึ่งต้องเฝ้าระวังในส่วนของระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย Glasgow coma scale และ NIHSS (The National Institute of Health Stroke Scale) รวมทั้ง Vital sign การประเมินอย่างถูกต้อง สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะฉุกเฉินเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างทันท่วงที

## เอกสารอ้างอิง

- 1.กิ่งแก้ว ปาจริย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : แอล.ที.เพรส ; 2557.
- 2.สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. กรุงเทพฯ : หจก.วี.เจ.พรินติ้ง ; 2552.
- 3.รัตนารณณ์ คงคา และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง. ใน ปราณี ทัพไพเราะ, วันดี โตสุขศรี และศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 (หน้า 85 – 97). กรุงเทพฯ : หจก.เอ็นพีเพรส ; 2552.
- 4.พรภัทร ธรรมสโรช. โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ ; 2555.
- 5.สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke). กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา ; 2550.
- 6.Sander, R. Nursing Older People. Prevention and treatment of acute ischemic stroke ; 2013. pp. 34 -36.
- 7.สรานู ฟางทสวัสดิ์. ประสบการณ์ของญาติที่ได้เยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะ 5 วันแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2555.
- 8.Cameron. V. Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting : A Literature Review. MED-SURG Nursing ; 2013. 51-55.