



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา Nursing Care of Acute Ischemic Stroke Patient Who Receiving Anti-thrombolytic Drugs : Case Study

ปัทมาพร ช่วยพิทักษ์

Patthamaporn Chuypitak

*Corresponding Author: Email: p.modant@gmail.com

(Received: February 11, 2024; Revised: March 26, 2024; Accepted: April 5, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาและวิเคราะห์ผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนจากการตีบตันของเส้นเลือดใหญ่ในสมองจึงต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต้องบูรณาการแนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะแรกรับ การพยาบาลระยะวิกฤต และการพยาบาลระยะฟื้นฟู ผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต คือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากเส้นเลือดสมองที่เป็นเส้นเลือดใหญ่ตีบตันจึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดไม่พบเลือดออกในสมองและเริ่มเข้าสู่ระยะฟื้นฟู โดยพยาบาลเสริมแรงในการฟื้นฟูสภาพและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน เน้นการทํากายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การวางแผนตรวจตามนัดเพื่อฟื้นฟูร่างกายอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อข้อมูลเพื่อวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ยาละลายลิ่มเลือด การใส่สายสวนหลอดเลือดที่สมอง



Abstract

The objectives of this case study was to study and analyzed nursing care for patients with acute ischemic stroke who received Thrombolytic Agen drug (rt-PA). Selecting patients with complicated by obstructing of the large cerebral arteries and therefore receiving intravenous blood clot-dissolving drugs. This requires joint care with a multidisciplinary team. The nurses have an important role in closely caring for patients and must integrate nursing concepts, theories, and 5-step nursing process, including assessment, diagnosis, planning implementation, and evaluation. In planning nursing care for the patients in 3 phases, including nursing care during an initial period, nursing care during the intensive care period, and nursing care during subacute rehabilitation. The result of nursing care found that the patient was in the critical period and was the risk of intracranial pressure from obstructing the large cerebral arteries therefore receiving Thrombolytic Agen drug (rt-PA), and closely observing symptoms was no bleeding in the brain, and began to the recovery period. The nurses reinforce in rehabilitation and health care of patients in every aspect, emphasizing physical therapy. occupational therapy, planning follow-up for continuous physical recovery, and forwarding information to plan home health care with the multidisciplinary team.

Key Word: Acute ischemic stroke, Anti-thrombolytic drugs, Mechanical thrombectomy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease , Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากการตีบตันหรืออุดตันที่หลอดเลือดสมอง นำไปสู่การขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมองหรือทำให้เกิดรอยโรคที่สมอง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่งทั้งในระดับประเทศและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมในวงกว้าง (Thiamkao, 2023) จากรายงานการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2021 พบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน โดยเฉลี่ยทุก 6 นาที มีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน (Thayabaranathan et al., 2021) สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุ การตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 3 ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2564 - 2566) ระดับพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราการตายของผู้ป่วยเป็นร้อยละ 4.92, 5.81 และ 4.42 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2023) ในปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2564-2566) จังหวัดราชบุรี พบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 4.45, 2.8, 1.76 ตามลำดับ และโรงพยาบาลราชบุรีพบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 7.89, 2.59, และ 1.10 ตามลำดับ (Ratchaburi Hospital, 2023) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิต และโอกาสเกิดความพิการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศ

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีอาการภายในไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Thrombolysis) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดอัตราการตายและความพิการได้ (Klungprasri, 2020; Kongpiam, 2015; Sittivivatwong, 2022) โดย Marler (1995) พบว่า การให้ยา Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการผิดปกติสามารถช่วยให้อาการทางคลินิกดีขึ้นภายใน 3 เดือนได้ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนให้มีระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) และให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ซึ่งโรงพยาบาลราชบุรีเปิดดำเนินการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันเข้ารับบริการระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2566 จำนวน 334, 335 และ 642 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด 62, 58 และ 78 ราย ตามลำดับ (Ratchaburi Hospital, 2023) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดโอกาสการเสียชีวิตและความพิการ

จากข้อมูลข้างต้นผู้ศึกษาในฐานะผู้จัดการรายกรณี และเป็นพยาบาลประจำศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง เห็นความสำคัญในการพัฒนาความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด ลดอัตราการตาย ความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษากายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2566 – 19 ตุลาคม 2566

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดซึ่งมีความซับซ้อนในการพยาบาล จำนวน 1 ราย และขออนุญาตผู้ป่วยและญาติก่อนการศึกษา
2. รวบรวมข้อมูล ประวัติการรักษาจากเวชระเบียน ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตพฤติกรรม รวมทั้งศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีความซับซ้อน
4. เรียบเรียงผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และสรุปวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะแรกรับการพยาบาลระยะวิกฤต และการพยาบาลระยะฟื้นฟู
5. นำเอกสารที่เรียบเรียงเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงก่อนการเผยแพร่



ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี น้ำหนัก 51.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 146 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพค้าขายของชำอยู่กับบ้าน ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ภูมิลำเนาจังหวัดราชบุรี สุขภาพร่างกายก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้แข็งแรงดี สามารถสื่อสารได้ปกติ

อาการสำคัญ

แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งขายของผู้ป่วยล้มลงนอนกับพื้น มีน้ำลายฟูมปาก แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด พลเมืองดีพบเหตุการณ์ โทรตาม EMS รับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลราชบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เคยผ่าตัดคลอดบุตร 30 ปี ก่อน หลังจากนั้นไม่เคยตรวจสุขภาพหรือนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว เจ็บป่วยเล็กน้อยซื้อยารักษาเอง เคยมีประวัติได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 2 เข็ม เมื่อปี 2565

การวินิจฉัยครั้งแรก : Acute ischemic stroke

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Right middle cerebral artery infarction with moderate stenosis right middle cerebral artery

อาการแรกรับ

อาการแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน: ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุ รูปร่างสมส่วน ผิวคล้ำ ตรวจอาการทางระบบประสาท Glasgow coma scale =14 (E3V5M6) Motor power แขน-ขาข้างขวา grade 5 แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 2 pupil Ø 2 mm RTL BE มุมปากซ้ายเบี้ยว left facial palsy, พูดไม่ชัด sever dysarthria, มี neglect to left ประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เท่ากับ 16 คะแนน

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส. อัตราเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ชัดเจนสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 162/70 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 96%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: วันที่ 15 ตุลาคม 2566

- CBC: Hct = 40.5%, Hb = 12.6 g/dl WBC = 8,010 cells/uL, Monocyte = 8.1%, MCV = 61.1 pg, MCH =19 pg.
- Electrolyte: Sodium= 140 mmol/L, Potassium= 4.26 mmol/L, CO₂= 26.6 mmol/L
- Prothrombin Time (PT) c INR (International Normalized Ratio): PT = 12.6 sec และ INR = 1.05
- DTX: 294 mg%

การตรวจพิเศษ: วันที่ 15 ตุลาคม 2566

- คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบ Normal sinus rhythm rate 62 ครั้ง/นาที
- การตรวจวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (CT brain) พบ No intracranial hemorrhage, extra-axial collection or large territorial (ASPECT=10) hyperacute infarction cannot be excluded, please correlated with clinical context.

การรักษาพยาบาล:

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเวลา 21.00 น. และมาถึงโรงพยาบาลเวลา 23.04 น. ซึ่งอยู่ภายในเวลา Golden period Onset to door time ระยะเวลาจนมาถึงโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 4 นาที เข้าสู่แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน อธิบายแนวทางการรักษา รวมถึงผลดีและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ญาติ และได้รับยาละลายลิ่มเลือด Thrombolytic Agen drug (rt-PA) โดยให้ 10% bolus in 1 minute (4.6 mg.) และ 90% drip in 60 minute (41.4 mg) ก่อนให้ยาประเมินอาการทางระบบประสาทยังคงเท่าเดิม Glasgow coma scale =14 (E3V5M6) สัญญาณชีพก่อนให้ยา อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที ชัดเจนสม่ำเสมอ. อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 162/70 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Thrombolytic Agen drug (rt-PA) เวลา 23.29 น. Door to needle time 25 นาที และได้ประสาน Stroke unit โดยรับเข้าการรักษาที่ Stroke unit เวลา 23.50 น.

การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) เวลา 23.50 น. ประเมินอาการทางระบบประสาท พบ Glasgow coma scale 14 (E3V5M6) motor power แขน-ขาข้างขวา grade 5 แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 2 pupil \varnothing 2 mm RTL BE มีมุมปากด้านซ้ายเบี้ยว left facial palsy, พูดไม่ชัด sever dysarthria, มี neglect to left ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activity of Daily Living Index (ADL) 5 คะแนน ประเมินความพิการ Modified Rankin Scale (MRS) 5 คะแนน หลังได้รับยา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีเลือดซึมบริเวณพ่นกรามล่างขวาซี่ที่ 2 ปวดศีรษะ ระดับความเจ็บปวดปานกลาง คะแนนความเจ็บปวด 4 คะแนน ร่วมกับความดันโลหิตสูงขึ้น 190/108 มิลลิเมตรปรอท จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ติดตามสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท หลังให้ยา ทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง นาน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิต Nicardipine 1:5 $\text{\textcircled{V}}$ 5 ml/hr. keep ความดันโลหิต \geq 180/105 มิลลิเมตรปรอท และได้รับยา Omeprazole 40 mg $\text{\textcircled{V}}$ ทุก 12 ชั่วโมง

ผลการตรวจ CT brain (ครั้งที่ 1) พบ Right middle cerebral artery infarction เป็น large vessel occlusion ประสานส่งต่อเพื่อใส่สายสวนหลอดเลือดที่สมอง Mechanical thrombectomy เนื่องจากเกินศักยภาพ โดยแจ้งอาการและแนวทางการรักษากับน้องสาวผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและกลัวการส่งต่อเพื่อไปรักษา พยาบาลอธิบายผลดีผลเสียและภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และประสานโรงพยาบาลศิริราชรับส่งต่อโดยมีพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาทนำส่ง

การนำส่งผู้ป่วยไป

ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอาเจียน ได้รับยา Plasil 1 amp $\text{\textcircled{V}}$ stat then prn เวลามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนห่างกัน 8 ชั่วโมง ความดันโลหิตสูงขึ้น 200/108 มิลลิเมตรปรอท ปรับเพิ่มยาลดความดันโลหิต Nicardipine 1:5 เป็น 10 ml/hr. keep ความดันโลหิต \geq 180/105 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก มีกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ ขณะนำส่งผู้ป่วยอาการทางระบบประสาทดีขึ้น Glasgow coma scale =15 (E4V5M6) motor power แขน-ขาข้างขวากำลึงปกติ grade 5 แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 3 ความดันโลหิตยังสูงปรับเพิ่ม Nicardipine 1:5 $\text{\textcircled{V}}$ จนถึงที่ 20 ml/hr



เมื่อถึงโรงพยาบาลศิริราช ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT brain ผล Hypodensity lesion at right basal ganglia and right caudate nucleus (ASPECT=7) และส่งตรวจวินิจฉัยหลอดเลือดด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CTA Brain) เพื่อพิจารณาก่อนทำ Mechanical thrombectomy ผลพบ Miti phase Mild to Moderate stenosis Right middle cerebral artery และประเมิน NIHSS 8 คะแนน ไม่พบข้อบ่งชี้ในการทำ Mechanical thrombectomy จึงส่งกลับมารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี อธิบายญาติ และผู้ป่วยเข้าใจดี ติดตามระบบสัญญาณชีพ และระบบประสาททุก 1 ชั่วโมงอาการของผู้ป่วยคงที่

การพยาบาลหลังกลับมารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี

วันที่ 1 ผู้ป่วยเข้าพักรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) เวลา 06.30 น. อาการทางระบบประสาทดีขึ้น Glasgow coma scale 15 (E4V5M6) motor power แขน-ขาข้างขวากำลังปกติ grade 5 แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 3 pupil \varnothing 2 mm RTL BE มีมุมปากด้านซ้ายเบี้ยว left facial palsy, พูดไม่ชัด จัดทำให้อนุศิระสูงเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ให้งดน้ำงดอาหารทุกชนิด เลือดที่ซึมบริเวณพันกราบหยุด ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลมาก ไม่ค่อยพูด พูดคุยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย และสังเกตอาการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน ซึมลง และชัก เป็นต้น

วันที่ 2 การติดตามผล CT Brain ครั้งที่ 3 หลังให้ยาครบ 24 ชั่วโมง ผล CT Brain Ill-defined hypodense lesion at right caudate head, of right internal capsule and, right lentiform nucleus suggestive of acute right MCA territorial infarction, No intracranial hemorrhage ผลไม่มีภาวะเลือดออกในสมองและไม่พบภาวะสมองบวม เริ่มให้ยา ASA gr 1 tab \odot od pc, Amlodipine (5mg) 1 tab \odot od pc. ติดตามระบบสัญญาณชีพ และระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง อาการของผู้ป่วยคงที่ มีความดันโลหิตลดลง BP = 138/88 mmHg Off Nicardipine

วันที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ประเมินการกลืนผู้ป่วยกลืนได้เล็กน้อย มีน้ำไหลออกจากปาก ผลการประเมิน Gag reflex มี reflex พิจารณาใส่ NG tube ให้เพื่อป้องกันการสำลักเข้าปอด ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ FBS= 257 mg/dL, Chol= 258 mg/dL, TG= 210 mg/dL, LDL= 208 mg/dL, HbA1C = 11.6% ผู้ป่วยได้รับ Atorvastatin (40) 1 tab \odot hs. DTX ทุก 6 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 138–281 mg% แพทย์ให้การรักษาเป็น Regular insulin ตาม scale

วันที่ 4 พริกษาสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมประเมินและวางแผนการรักษาและดูแลต่อเนื่องตาม care map เริ่ม feed อาหารและฝึกการกลืน ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส 1 ครั้ง ติดตามผล CBC ปกติ Urine C/S No Growth แพทย์พิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลจากการพูดคุยสอบถามพบผู้ป่วยมีความกังวลใจเรื่องไม่มีคนดูแลวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลักการ D-METHOD พร้อมอธิบายเรื่องการดำเนินโรค วิธีการปฏิบัติตน และการสังเกตอาการผิดปกติ

วันที่ 5 ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ตรวจอาการทางระบบประสาท พบ Glasgow coma scale 15 (E4V5M6) pupil \varnothing 2 mm RTL BE มีมุมปากด้านซ้ายเบี้ยว left facial palsy, พูดไม่ชัด mild dysarthria, motor power แขน-ขาข้างขวากำลังปกติ grade 5 แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 4 ประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) 4 คะแนน ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activity of Daily Living Index (ADL) 16 คะแนน ประเมินความพิการ Modified Rankin Scale (MRS) 2 คะแนน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส อัตราเต้นของ

หัวใจ 64 ครั้ง/นาที ชัดเจนสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 142/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 96% สามารถรับประทานอาหารเองได้ off NG tube ได้ ประเมินอาการทุเลาแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน เรื่องโรค การฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ การทำกายภาพบำบัด แนะนำเรื่องยา ให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องและการปฏิบัติตน จำนวนวันนอนรวม 5 วัน

การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤต

1. มีภาวะเลือดออกผิดปกติเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA โดยให้ยา rt-PA 4.6 mg in 1 minute ต่อด้วย rt-PA 41.4 mg in 60 minute
2. มีเลือดออกตามไรฟันหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกได้ง่ายจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา
2. สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เช่น จ้ำเลือดและก้อนเลือดบริเวณผิวหนัง ตามตัว เยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุภายในจมูก ปาก และเหงือกเพื่อประเมินภาวะเลือดออกของผู้ป่วย
3. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการทำความสะอาดประจำวันต่อผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง
4. สังเกตอาการผู้ป่วย เช่น อ่อนเพลีย ท้องอืด ปวดท้อง อาเจียน เลือดปน หรืออุจจาระมีเลือดปนเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในทางระบบทางเดินอาหาร

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการเลือดออกตามไรฟัน แต่ไม่มีเลือดในสมองและไม่มีรอยเลือดออกบริเวณผิวหนังตามตัว เยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุภายในจมูก และระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตันในส่วนของ large vessel occlusion และมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. Motor power แขนขวาระดับ 5 ขาขวาระดับ 5 แขนซ้ายระดับ 2 ขาซ้ายระดับ 2
2. ความดันโลหิต เท่ากับ 162/70 มิลลิเมตรปรอท ถึง 200/108 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา และหลีกเลี่ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำ
2. แนะนำให้เลี่ยงการงอข้อศอกและการหมุนหรือหันศีรษะ การงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้องเป็นผลให้ขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ
3. วัดและประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง GCS หากเปลี่ยนแปลงต้องรายงานแพทย์ทันที



4. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
5. สังเกตอาการ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา และบันทึก Intake output

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง, Glasgow coma scale เท่ากับ 15 Motor power ดีขึ้น แขน-ขาขวา ระดับ 5 แขน-ขาซ้าย ระดับ 3, Pupil เท่ากับ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิตลดลง 144/101 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ 18 ครั้งต่อนาที

3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 94-96%
2. ผลการตรวจ CT brain (ครั้งที่ 2) พบ Right middle cerebral artery infarction เป็น large vessel occlusion
3. Motor power แขนขวา ระดับ 5 ขาขวา ระดับ 5 แขนซ้าย ระดับ 2 ขาซ้าย ระดับ 2

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกายมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) อาการทางระบบประสาท (Neurological signs) และคำนวณค่า MAP, Pulse pressure ทุก 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหรือจนกว่าสัญญาณชีพและอาการคงที่
2. จัดให้ออกซิเจนสูงเล็กน้อยประมาณ 30 องศา หลีกเลี่ยงการนอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการฟังเสียงการหายใจและเสมหะในปอดเป็นระยะ ๆ
4. ดูแลให้ได้รับ 0.9%NSS 1,000 ml ∇ drip rate 60 ml/hr. เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด
5. ดูแลให้ O₂ cannula 3 lit/min และตรวจวัด O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง
6. เฝ้าระวังลักษณะการหายใจผิดปกติและภาวะ Cyanosis เพื่อรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ T=36 °C , PR= 78 /min, RR= 18/min , BP= 128/88 mmHg O₂ = 97%, MAP = 93.3 mmHg, ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะ Cyanosis

4. เสี่ยงต่อการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น (Progressive stroke) เนื่องจากตำแหน่งที่มีการตีบตันพบว่าเป็นตำแหน่งเส้นเลือดใหญ่ large vessel occlusion ร่วมกับมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แพทย์วินิจฉัยมีหลอดเลือดของสมองอุดตันอย่างเฉียบพลัน ครั้งที่ 2 พบ Hypodensity lesion at right basal ganglia and right caudate nucleus (ASPECT=7)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้นจากตำแหน่งที่มีการตีบตันของเส้นเลือดใหญ่ large vessel occlusion

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และคำนวณค่า MAP, Pulse pressure ทุก 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหรือจนกว่าสัญญาณชีพและอาการคงที่
2. จัดให้ออกซิเจนสูงเล็กน้อยประมาณ 30 องศา และหลีกเลี่ยงนอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ

3. แนะนำให้เลี่ยงการงอพับคอ การหมุนหรือหันศีรษะ และงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา
4. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
5. สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา และบันทึก Intake output

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การดำเนินของโรคไม่รุนแรงเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ รุนแรง Glasgow coma scale เท่ากับ 15 Motor power ดีขึ้น แขน-ขาขวาระดับ 5 แขน-ขาซ้ายระดับ 3 ไม่มีไข้ หายใจ 20 ครั้ง/ นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลง 144/101 มิลลิเมตรปรอท

5. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลมเนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มุมปากด้านซ้ายเบี้ยว left facial palsy, พูดไม่ชัด sever dysarthria, มี neglect to left
2. ประเมิน Gag reflex มี reflex และการประเมิน Water test กลืนได้เล็กน้อย มีน้ำไหล
3. ใส่ NG. tube

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลมจากการกลืนลำบาก
กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้
3. ประเมินความสามารถการกลืน ได้แก่ Gag reflex, Voluntary, Dry swallow ทุกวัน
4. ฟังเสียงปอดทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงเสมหะที่คั่งค้างในปอด
5. ติดตามผลการตรวจเลือด CBC เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย
6. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 ml
7. สังเกตอาการ และอาการแสดงติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้สูง ไอ หายใจเร็ว เป็นต้น
8. ทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อลดการสะสมเชื้อโรคในช่องปาก
9. จัดท่านอนศีรษะสูงหลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30 นาทีเพื่อป้องกันการสำลัก
10. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคช่วยการกลืนขณะรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลักให้ผู้ป่วยและญาติ เช่น นั่งตัวตรง 90 องศา การก้มหน้าขณะกลืน การป้อนอาหารและน้ำอย่างช้า ๆ และฝึกให้กลืนน้ำลาย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ รับประทานอาหารและน้ำได้ไม่ลำบาก ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ไม่มีไข้ V/S ปกติ และฟังเสียงปอดไม่พบเสียงของเสมหะ

6. มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

ระดับน้ำตาลในเลือดสูง: DTX 297 mg% HbA1C 11.6 %

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง



กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง
2. สังเกตอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ รับประทานอาหารมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักลด และปัสสาวะจำนวนมาก
3. สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะคีโตอะซิโตซิส (DKA) ได้แก่ อาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับอาการของภาวะขาดน้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเต้นเร็ว ลมหายใจมีกลิ่น acetone และภาวะกรดคีโตคั่งในร่างกาย เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก และหมดสติ
4. ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร คือ เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน
5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Metformin (500 mg) 1 tab \odot bid pc , Glipizide (5 mg) 1 tab \odot OD ac สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรด และภาวะน้ำตาลต่ำ เป็นต้น
6. ดูแลให้ได้รับ 0.9%NSS 1,000 ml ∇ drip rate 60 ml/hr. เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
7. ดูแลให้อาหารเฉพาะโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมอาหารให้เหมาะสม
8. แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะคีโตอะซิโตซิส ผลการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) ลดลงจากเดิม อยู่ในช่วง 110-160 mg/dl

7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรคเนื่องจากต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ครุ่นคิดต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น การพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงด้านซ้าย กลัวรักษาไม่หายเป็นปกติ และสอบถามเรื่องความจำเป็นที่ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และมีสีหน้ายิ้มแย้มสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยให้กำลังใจ อธิบายวิธีการรักษา ด้วยความเต็มใจและเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจและมั่นใจ
2. อธิบายเกี่ยวกับโรค แนวทางรักษา และวิธีการทำหัตถการของแพทย์อย่างตรงประเด็นที่สุดทำไปพร้อมๆ กับการ Counselling ของแพทย์ เนื่องจากการรักษาทำได้เร็วเท่าไรยิ่งได้ผลลัพธ์ที่ดีเท่านั้น
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและระบายความวิตกกังวล โดยแสดงถึงความเข้าใจในความรู้สึก ใช้การสัมผัสเพื่อถ่ายทอดความห่วงใยและเอื้ออาทร
4. อธิบายและบอกเหตุผลการทำหัตถการแก่ผู้ป่วยก่อนการพยาบาล เพื่อให้ผ่อนคลายและเข้าใจแผนการรักษา
5. แจ้งผู้ป่วยว่าจะมีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในขณะที่ทำหัตถการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลงเข้าใจการรักษาและยินยอมให้ความร่วมมือ ในการส่งต่อรักษาด้วยสายสวนทางหลอดเลือดสมอง (Mechanical thrombectomy)

การพยาบาลระยะฟื้นฟู

การพยาบาลระยะฟื้นฟูสามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเนื่องจากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 2) มีภาวะพร่องสุขวิथाส่วนบุคคลเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยบนเตียง 3) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายด้านซ้ายบกพร่อง 4) มีโอกาสเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพกลืนอาหารลดลง และ 5) มีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี EMS ไปรับมาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Right middle cerebral artery infarction with moderate stenosis right middle cerebral artery สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ชัดเจนสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 162/70 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 96% Glasgow coma scale =14 (E3V5M6) Motor power แขน-ขาข้างขวา grade 5 แขน-ขาข้างซ้าย อ่อนแรง grade 2 pupil \varnothing 2 mm RTL BE มุมปากด้านซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด ประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เท่ากับ 16 คะแนน ได้รับยา Thrombolytic Agen drug (rt-PA) Door to needle time 30 นาที เข้าพักรักษาใน Stroke unit ผู้ป่วยมีเลือดซึมบริเวณพินกรามล่างขวาซี่ที่ 2 ปวดศีรษะ ร่วมกับความดันโลหิตสูงขึ้น 190/108 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา Nicardipine 1:5 $\text{\textcircled{V}}$ 5 ml/hr. ผลการตรวจ CT brain พบ Right middle cerebral artery infarction เป็น large vessel occlusion ส่งต่อโรงพยาบาลศิริราช CTA พบ Muli phase mild to moderate stenosis right middle cerebral artery และประเมิน NIHSS 8 คะแนน ไม่พบข้อบ่งชี้ในการทำ Mechanical thrombectomy (Hormsud, 2021; Mungtaweepongsa, 2022; Neurological Institute of Thailand, 2019) ส่งกลับมารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี ไม่พบภาวะสมองบวม ผู้ป่วยพักรักษาตัวและสังเกตอาการใน Stroke unit โรงพยาบาลราชบุรี 5 วัน อาการทั่วไปทุเลา Glasgow coma scale 15 (E4V5M6) มุมปากด้านซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน-ขาข้างขวากำลังปกติ grade 5 แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 4 สัญญาณชีพปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และการส่งต่อเพื่อใส่สายสวนเส้นเลือดสมองเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับต่างๆ เช่น การประเมินอาการที่จำเป็นต้องส่งต่อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
3. ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โดยเน้นสร้างสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการสัญญาณเตือนทั้งแบบออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสามารถประเมินอาการผิดปกติและมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที



References

- Division of Non Communicable Diseases. (2020). *Annual report 2020*. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership. (in Thai)
- Hormsud .(2021). *Handbook of acute stroke patients who receives Mechanical Thrombectomy*.
<https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/817/Mechanical%20Thrombectomy.pdf>. (in Thai)
- Klungprasri, P. (2020). Nursing care of patient acute ischemic stroke receiving antithrombolytic : Case study 2 case. *Maharakham Hospital Journal*, 17(3), 119-130. (in Thai)
- Kongpiam, D. (2015). Nursing care of the ischemic stroke patients with thrombolysis. *Maharakham Hospital Journal*, 12(2), 49-58. (in Thai)
- Marler, J. R. (1995). The national institute of neurological disorders and stroke rt-PA stroke study group: Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*, 333, 1581-1587.
- Ministry of Public Health .(2023). *Stroke patient report, fiscal year 2021-2023*.
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152. (in Thai)
- Mungtaweepongsa, S. (2022). *Stroke and critical neurology*. 3rd edition. Bangkok: Thammasat University. (in Thai)
- Neurological Institute of Thailand. (2019). *Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke*. 1st edition. Bangkok. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Pobsuk, T. (2020). Factor delaying intravenous thrombolytic treatment with acute ischemic stroke patients in Chonburi Hospital. *Chonburi Hospital Journal*, 45(3), 191-198.
- Ratchaburi Hospital. (2023). *Stroke patient report, fiscal year 2021-2023*. Ratchaburi Hospital. (in Thai)
- Sittivivatwong, N. (2022). Nursing Care of Cerebrovascular Accident with Thrombolytic Drug and Mechanical Thrombectomy: A Case Study. *Singburi Hospital Journal*, 31(2), 216-230. (in Thai)
- Thayabaranathan, T., Kim, J., Cadilhac, D. A., Thrift, A. G., Donnan, G. A., Howard, G., Howard, V., Rothwell, P., M., Feigin, V., Norrving, B., Owolabi, M., Pandian, J., Liu, L. & Olaiya, M. T. (2022). Global stroke statistics 2022. *International Journal of Stroke*, 17(9), 946-956.
- Thiamkao, S. (2023). Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology*, 37(4), 54-60. (in Thai)