

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยามรราช**Roles of Nurse Case Manager in Hemorrhagic Stroke Patients : A Case Study at Choapraya Yommarraj hospital**

เรืออากาศเอกหญิง จริญญาลักษณ์ ป็องเจริญ, ปรด.*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงอันประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง หรือมีอาการเลือดออกในสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก ส่งผลต่อระบบประสาทเกิดอันตรายต่อชีวิตและหลงเหลือความพิการ สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เน้นการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุดและป้องกันการเกิดซ้ำ จากปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีถือเป็นหนึ่งในแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีการจัดการเพื่อลดความแปรผันในกระบวนการรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิกและค่าใช้จ่าย และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต กรณีศึกษาครั้งนี้นำเสนอบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตกตามแนวคิดของ โปเวลล์และทาฮาน (Powell & Tahan)

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองแตก/บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

E-mail: jeabsmart@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้ (World Stroke Organization , 2019) สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 รายในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย(สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561) จากผลกระทบดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่ง ปัจจุบันมีการกำหนดให้สถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลภาครัฐ จัดบริการทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในหลอดเลือดสูงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถควบคุมโรคได้ รวมไปถึงปัจจุบันได้มีการกำหนดแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามพบสถิติการเสียชีวิตและการเกิดโรคยังเพิ่มสูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีถือเป็นหนึ่งในแนวคิดสำคัญหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีการจัดการเพื่อลดความแปรผันในกระบวนการรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิกและค่าใช้จ่าย และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต (ศิริอร สินธุ, 2555)

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นิยมแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้เริ่มนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชครั้งแรกในปี ค.ศ.1920 และในปีค.ศ.1930 โรงพยาบาลสาธารณสุขได้นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและจิตเวช สำหรับประเทศไทยหลังจากที่มีการตื่นตัวกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ จึงมีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการจัดการบริการรูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลัง เช่น การนำระบบ DRG มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่ายหรือการใช้ทรัพยากรต่างๆ ประกอบกับมีแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งบริหารจัดการระบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดโดยลดขั้นตอน

บริการ ปรับปรุงคุณภาพ การดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (เรวดี ศิรินคร ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร, 2000) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการร่วมมือในการประเมิน วางแผนงาน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า และเป็นการจัดระบบการดูแลที่มุ่งผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการบริการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม (Powell, S.K&Tahan, H.A., 2010) สำหรับสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการสมาคมผู้จัดการรายกรณีแห่งประเทศไทยหรืออเมริกาได้กำหนดสมรรถนะที่เป็นมาตรฐานว่าผู้จัดการรายกรณีต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมองค์รวมและการรักษาที่ได้รับ วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น วางแผนการจัดการรายกรณีที่ครอบคลุมและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์ มีการประสานการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ยึดความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นหลัก (Case Management Society of America, 2016)

บทความนี้จะขอนำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรคหลอดเลือดสมองแตก เนื้อหาของบทความจะกล่าวถึง โรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรคหลอดเลือดสมองแตก บทบาทพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรคหลอดเลือดสมองแตก ผลลัพธ์การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษาและบทเรียน

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) หรือสโตรก (stroke) คนไทยมักเรียกว่า“อัมพาต”หรือ“อัมพฤกษ์” องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงอันประกอบด้วย ลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง สาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง หรือมีอาการเลือดออกในสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก ซึ่งตามความหมายขององค์การอนามัยโลกโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงเฉพาะภาวะที่มีลิ้มเลือดหรือสิ่งอุดตันในหลอดเลือดสมอง (thrombotic หรือ embolic occlusion) ทำให้เนื้อสมองตายบางส่วนหรือมีการแตกของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวและเกิดความบกพร่องทางระบบประสาทที่อาการจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง สำหรับโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามพยาธิสภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน พบได้ร้อยละ 80 และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด พบได้ร้อยละ 20 (สถาบันประสาทวิทยา, 2559) สำหรับโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (hemorrhagic stroke) สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอ ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตก ของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด เกิดการอักเสบ หากถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือดและเกิดเนื้อสมองตายและ

ปัญหาสำคัญ คือก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่ ที่กดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (brain herniation) ได้ถ้าการแตกของหลอดเลือดสมองไม่มากนัก ก้อนเลือดที่กดเนื้อสมองจะค่อย ๆ ซึมเข้าสู่หลอดเลือดสมองจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งของสมองที่เกิดภาวะเลือดออกได้บ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus, cerebellum และ pons (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง อาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกกด อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด โดยเฉพาะที่มีอาการเพียงข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อนและเวียนศีรษะบ้านหมุน การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากประวัติการตรวจร่างกายทางระบบประสาทและการวินิจฉัยโรค เพื่อแยกแยะว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดหรือการแตกของหลอดเลือด การวินิจฉัยที่ได้ผลดีที่สุด คือการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (computed tomography) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) สำหรับเป้าหมายของการรักษาพยาบาล ในระยะแรกคือการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งแนวทางการรักษาครอบคลุมการรักษา 3 ด้าน คือการรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553) สำหรับการรักษาในเบื้องต้นคือการพยายามควบคุมไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนเกินไป โดยใช้ยาลดความดันโลหิต (antihypertensive drug) กรณีที่ SBP > 180 มิลลิเมตรปรอท อาจลดความดันโลหิตลงด้วยการให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ พิจารณาชนิดของยาเช่นเดียวกับผู้ที่มิสมองขาดเลือด โดยมีเป้าหมายให้ความดันโลหิตลดลงร้อยละ 15 ของค่าความดันโลหิตเริ่มต้น หรือ SBP ต่ำกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท การลดความดันโลหิตอาจช่วยให้ขนาดของก้อนเลือดในสมองไม่เพิ่มขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรก แต่ไม่ควรลด SBP ให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทเพราะไม่มีประโยชน์และอาจมีผลเสีย กรณีที่ SBP ≤ 180 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีอาการแสดงของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ อาจใช้วิธีติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดโดยยังไม่ให้ยาลดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) นอกจากนี้การดูแลรักษาด้วยยากันชัก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสชัก ร้อยละ 8-10 โดยเฉพาะใน lobar hemorrhage ดังนั้นควรให้ยากันชักในรายที่เป็น Lobar hemorrhage และเคยมีประวัติชักทุกราย ส่วนการผ่าตัดรักษามีเป้าหมายเพื่อลดความดันในช่องกะโหลกสมองเพื่อไม่ให้เกิดกษัยนตราย มักจะหวังผลในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการพอสมควร แต่ในรายที่จะพิจารณาไม่ผ่าตัดนั้นจะมีผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มผู้ป่วยที่อาการรุนแรงไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้หรืออาการแย่ลงอย่างรวดเร็วจากกรณีที่มีเลือดออกปริมาณมากๆ (massive bleeding) และกลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการน้อยหรือขนาดก้อนเลือดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร นอกจากนี้องค์ประกอบอื่นที่ช่วยพิจารณาก็มีหลายประการ เช่น การเบียดดันแนวกึ่งกลาง โดยทั่วไปถ้าเบียดคั่นออกไปเกินกว่า 0.5 เซนติเมตร ใน CT scan จะพิจารณาทำการผ่าตัด หรือกรณีเลือดออกบางบริเวณที่สำคัญ จำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัด และสุดท้ายคือการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พึงพาตนเองให้ได้มากที่สุด ลดการพึ่งพาผู้อื่น (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) สำหรับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตั้งแต่แรกเริ่มห้องอุบัติเหตุ หอผู้ป่วย จนจำหน่าย คือการดูแลตั้งแต่ในระยะวิกฤต

การประเมินระบบประสาท การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด การให้ยาลดความดันโลหิตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยากันชักป้องกันการชักและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การประสานการดูแลกับแพทย์ระบบประสาท ต่อมาเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตก็จะเป็นระยะฟื้นฟู พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทีมการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น พยาบาลจะให้คำแนะนำการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และร่วมวางแผนจำหน่ายกับเวชกรรมสังคมเพื่อส่งผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช

สำหรับแนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกเน้นการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำของโรค (สถาบันประสาท, 2559) สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช เริ่มที่จุดเกิดเหตุและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาล แรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ/หรือแผนกผู้ป่วยนอก โดยเริ่มต้นที่คัดกรองว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ โดยประเมินตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันดังนี้ อ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีก สื่อสารไม่เข้าใจ พูดไม่ชัด เดินเซ ตามัวหรือมองไม่เห็น ชีวมลง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยเพื่อแยกตีบ ตัน แตก โดยผู้ป่วยจะถูกส่งไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เมื่อผลออกมาว่าเป็นหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม จะมีระบบ FAST track เป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ให้ทันกับเวลาที่มีจำกัดของผู้ป่วยที่จะสามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ก่อนที่สมองจะเสียหายจากการขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจะเข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะโทรศัพท์แจ้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาประเมินเพื่อเข้าแผนการดูแล (care map) ที่ได้กำหนดร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ

รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช

โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช นำรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมาใช้ตามแนวคิดของโพลเวลและทาฮาน (Powell & Tahan) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การประเมินผลและ 6) การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการร่วมมือในการประเมิน วางแผนงาน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า และเป็นการจัดระบบการดูแลที่มุ่งผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม (Powell, S.K&Tahan, H.A., 2010) สำหรับองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีอยู่ด้วยกัน 3 ส่วน คือ 1) การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล (collaborative practice) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล เกษัตริกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด โภชนาการ

และเวชกรรมสังคม ภายใต้การบริหารของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการที่ผู้ปฏิบัติมักเรียกกันว่าทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team: PCT) ซึ่งแบ่งออกตามสาขาที่ให้บริการ ปัจจุบัน โรงพยาบาลใช้การสื่อสารโดยใช้บันทึกความก้าวหน้าของการดูแล (Progress note) และแผนการดูแลผู้ป่วยวิชาชีพมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ก็ถึงบันทึกอาการสำคัญ เพื่อสื่อสารให้วิชาชีพอื่นรู้อาการร่วมกันและเป็นเจ้าของใช้ร่วมกันทำให้ทุกวิชาชีพ นำเอาความรู้ของแต่ละวิชาชีพมาร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ซึ่งการทำงานเช่นนี้ทำให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเกิดขึ้นจริง ภายใต้ความจำกัดด้านต่างๆ ของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานศัลยกรรม 2) แผนการดูแล ทีม PCT ศัลยกรรมได้มีการจัดทำ clinical pathway และแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นการสื่อสารร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ที่ถูกแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ในการดูแลตามแผนการดูแลที่สหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันจัดทำ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก (Expert) ทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการเข้าสู่ระบบการดูแล โดยผู้ป่วยที่จะเข้าแผนการดูแลจะต้องเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและมีระดับความรู้สีกตัว GCS มากกว่า 10 และไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สภาวะทางอารมณ์ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ตลอดจนระบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วย รวมทั้งสถานภาพทางการเงิน หลังจากนั้นวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดเป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาแผนการดูแล พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเตรียมบุคลากรได้แก่ ทีมงานสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน เครื่องมือที่สำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาที่ร่วมกันกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการตามแผนการดูแล พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

ของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือทีมพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน มีหน้าที่วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับพยาบาลเวชกรรมสังคม ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมพยาบาลทุกวัน ประชุมปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้ ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการอภิปรายถึงแผนการดูแล ลำดับของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าอาจจะเกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพ ในการประสานงานกับผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในวันแรกที่รับการดูแล อธิบายแนวคิดของการใช้แผนการดูแลให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้แผนการดูแลเมื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษารวมทั้งติดตามเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะติดตามแพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าที่เป็นปัจจุบัน ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องและร่วมปรับแผนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล การสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่างๆ ในการประสานให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะต้องเป็นผู้ประเมินผลการดูแล ได้แก่การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้ผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อน การประเมินค่าใช้จ่ายระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะมีการติดตามกำกับเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลาและสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง โดยกิจกรรมของการติดตามคือ ทบทวนแผนการดูแลทุก 24 ชั่วโมง ร่วมกับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่างๆ ที่กำหนดเป็นไปตามกำหนด นอกจากนี้เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการ conference ทุกครั้งที่มียุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยเบี่ยงเบนไปจากแผนที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ติดตามควบคุมกำกับกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยตามระบบนี้ด้วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเข้าร่วมวางแผน เพื่อช่วยแก้ไขสิ่งสำคัญในการติดตามกำกับ ทำการบันทึกรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง และปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์ การติดตามความแปรปรวน (Variance) ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความแตกต่างใดๆ ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเวรแต่ละวันกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล ซึ่งจะส่งผลทำให้วันที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนด ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบเป็นระยะๆ หากตรวจพบต้องหาสาเหตุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุคือ 1) สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัวปฏิบัติสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป 2) สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ใช้บริการมาก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้ และ 3) สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษา หลังจากตรวจพบความแปรปรวน หากเป็นความแปรปรวนที่เกิดจากปฏิบัติต้องได้รับการ

จัดการแก้ไขทันที หากเกิดจากระบบต้องค้นหาว่ามาจากสาเหตุใด ส่วนการแก้ปัญหาต้องพิจารณาว่าต้องแก้ทันทีหรือไม่ ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้นแต่ต้องมีการรายงานให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ อาจเปลี่ยนวิธีการรักษา (วันเพ็ญ พิซิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545, เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาฤกษ์ ป็องเจริญ, 2557)

ผลลัพธ์การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยทั่วไป แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ต้องติดตามคืออัตราการรอดชีวิต 2) ผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน (Subacute phase) ผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ติดตามคือ คืออัตราการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การติดเชื้อในระบบปัสสาวะ การติดเชื้อจากปอดอักเสบจากการสำลัก การเกิดแผลกดทับ และการเกิดทุพพลภาพ และ 3) ระยะการฟื้นฟู (Rehabilitation phase) เป็นระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ในระยะนี้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งสามารถประเมินได้ถึงความพร้อมก่อนกลับบ้าน (สถาบันประสาทวิทยา, 2559) สำหรับการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าผลลัพธ์การดูแลตามแนวคิดการจัดการรายกรณีประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ โดยพบว่าบุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีและสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ครบ 2) ด้านผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายสูงขึ้นหลังการดูแล ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงและค่าใช้จ่ายลดลง และ 3) ด้านผู้ดูแล พบว่าญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นและพึงพอใจต่อการดูแลรูปแบบนี้ (กฤษดา จนวนวันเพ็ญ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2557; วิไลวรรณ โพธิ์ทอง และธนันต์ภูธร, 2555) และจากผลการศึกษาของแซทเธอร์แลนด์และเฮย์เตอร์ (Sutherland & Hayter, 2009) ศึกษาเรื่องการประเมินผลประสิทธิผลของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อการพัฒนาผลลัพธ์ในโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มใหญ่ โดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 18 เรื่อง พบว่าการจัดการรายกรณีมีผลลัพธ์ดีต่อสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคลินิก ด้านคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ ด้านความพึงพอใจ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและด้านการดูแลตนเองและการเข้าถึงการบริการ และจากผลการวิจัยของอุไร ดวงแก้วและอภิญา จำปามูล (2561) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลลดลง จำนวนวันนอนลดลง สหสาขาวิชาชีพพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี และจากผลงานวิจัยของผู้เขียนและคณะ (จรรยาฤกษ์ ป็องเจริญ และคณะ, 2562) พบว่าบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม และจากการสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ทุกคนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยรวมเท่ากับ 17.73 ($M=17.73, SD=7.50$) สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เองเกือบทั้งหมดและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$) และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดสมองแตกมีระยะวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 7.57 วัน ($M=7.57, SD=3.159$) และผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายโดยรวมเท่ากับ

18.43 ($M=18.43$, $SD=1.331$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายมากกว่าแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$) และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.89$, $SD=.154$)

กรณีศึกษาของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

สำหรับรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วย 1) แผนการดูแล กำหนดไว้ 9 วัน 4 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 วันแรก ช่วงที่ 2 วันที่ 2-3 ช่วงที่ 3 วันที่ 4-6 และช่วงที่ 4 วันที่ 7-9 2) สหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบในแต่ละสาขา และ 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผนการดูแลทุกวัน

ผู้ป่วยชาย อายุ 52 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุ เวลา 12.00 น ด้วยอาการแขนขาด้วซ้ายอ่อนแรง และลุกไม่ขึ้น ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 รวม GCS score 15 คะแนน ขนาดของรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง แขนขาด้วซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 แขนขาข้างขวาแข็งแรงดี เกรด 5 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาประมาณ 2 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยามาประมาณ 6 เดือน มารดามีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง บิดาเสียชีวิตเป็นโรคเบาหวาน แพทย์สั่งเจาะเลือดเพื่อตรวจ CBC, BUN, Cr, FBS Electrolyte, PT, PTT ให้สารน้ำ NSS 1000 ซีซี อัตรา 100 ซีซีต่อชั่วโมง และส่งตรวจ CT brain เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค ผลการตรวจ CT brain พบมีเลือดออกในสมองบริเวณเบซัลแกงเกลีย (basal ganglia) ด้านขวา ขนาด 0.2 X 0.4 เซนติเมตร ไม่มี mid line shift และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 8,050 cells/cu.mm, Haematocrit 42.5 %, Platelet 230,000 cells/cu.mm, PT sample 9.05 (10.2-12 second), PTT sample 24.8 (23.6-29.7 second), Blood sugar 210 mg/dl, BUN 16.2 mg/dl, Cr 0.84 mg/dl, Serum sodium 140 mmol/L, Serum potassium 3.6 mmol/L, Serum chloride 102 mmol/L และ Serum bicarbonate 24 mmol/L

วันแรก แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทชาย 2 เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 3 พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มึนศีรษะ ปัสสาวะเองได้เอง ความดันโลหิตสูง 200/110 มิลลิเมตรปรอท ชักประวัติเพิ่มเติม ผู้ป่วยไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ชอบรับประทานอาหารหวาน และของมัน เล่นกีฬาบาสเก็ตบอลและเป็นโค้ช น้ำหนักตัว 100 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 38.5 พยาบาลผู้จัดการประสานแพทย์เพื่อให้แพทย์สั่งการรักษา เริ่มให้ยา Nicardipine (ความเข้มข้น 1:5) IV drip 5 mg/hour ปรับในอัตรา 5-15 mg/hour เพื่อ keep BP < 160/90 mmHg, MAP ไม่มากกว่า 130 mmHg และวัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazole ขนาด 40 mg IV OD เจาะ DTX bid ac keep < 200 mg% ให้เจาะ Lab เพิ่ม Lipid profile, FBS พุ่งนี้ เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงนอกจากประวัติความดันโลหิตสูง ตรวจสอบ Neuro signs ทุก 2 ชั่วโมง งดน้ำและอาหาร พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ประเมินปัญหา/ความต้องการผู้ป่วย/ผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (oxygen saturation) เท่ากับ 100 % ขณะให้ออกซิเจนทาง cannula 5 lit/min สามารถปัสสาวะได้เอง งดทำกิจกรรมนอนอยู่

บนเตียง (bed rest) จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง 30 องศา ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ได้คะแนน 4 จาก 20 คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูงมาก ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินบราเดน (The Braden Scale assessment) ได้ 14 คะแนน มีความเสี่ยงปานกลาง ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (fall risk assessment) ได้ 70 คะแนน มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม ให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ สอนญาติและแนะนำเรื่องการทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย ให้ใช้กระบอกปัสสาวะและขับถ่ายบนเตียง พยาบาลผู้จัดการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อน และพบญาติสอบถามเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลที่โรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแล ลูกสาวเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดขณะอยู่โรงพยาบาล มีมารดาผู้ป่วยและภรรยาเยี่ยมทุกวัน แจ้งพยาบาลเวชกรรมสังคมเพื่อประเมินซ้ำการเตรียมความพร้อม เกสซอร์รับคำสั่งการใช้ยาตามการกำหนดแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังการใช้ยา มีการปรับขนาดความดันโลหิตจนถึง 15 mg/hour (ความเข้มข้น 1:5) keep BP 160/90 mmHg พยาบาลผู้จัดการประเมินภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามแผนการดูแล

วันที่สอง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ประเมินการขับถ่าย สามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % OFF ออกซิเจนทาง canular 5 lit/min ได้งดทำกิจกรรมนอนอยู่บนเตียง (bed rest) ศีรษะสูง 30 องศา ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ได้เท่ากับ 4 (20) คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูงมาก ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินบราเดน (The Braden Scale assessment) ได้ 14 คะแนน มีความเสี่ยงปานกลาง ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (fall risk assessment) ได้ 70 คะแนน มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม ความดันโลหิตเท่ากับ 160/90 mmHg ปรับลดขนาดความดันโลหิต Niacardipine เป็น 10 mg/hour (ความเข้มข้น 1:5) keep BP 160/90 mmHg ผลทางห้องปฏิบัติการ FBS 180 mg% Lipid profile Cholesterol 123 mg/dl, Triglyceride 77 mg/dl, HDL cholesterol 48 mg/dl, LDL cholesterol 59.6 mg/dl แพทย์ให้รับประทานอาหารได้ ปรับลดขนาดความดันโลหิต keep BP ไม่เกิน 160/90 mmHg เพิ่มยาเบาหวาน metformin 2 x 2 ทางปากหลังอาหารเข้าเย็น losac 40 mg 1 x 2 ทางปากก่อนอาหารเข้าเย็น ประเมินความสามารถในการกลืน โดยใช้แบบประเมินการกลืนตามมาตรฐาน (Standardize swallowing assessment) ผลผ่าน ปรีกษาโภชนาการเรื่องจัดอาหาร โจ๊กเหลวข้น และปรีกษาเกสซอร์เรื่องปรับลดขนาดความดันและเพิ่มยาเบาหวาน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและยาได้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแนะนำเรื่องการบริหารร่างกายอยู่บนเตียงเพื่อป้องกันข้อติด แนะนำเรื่องการจัดทำในขณะรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามแผนการดูแล

วันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดี เกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ประเมินการจับถ้ำย สามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) 7(20) คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูง ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินบราเดน (The Braden Scale assessment) ได้ 18 คะแนน มีความเสี่ยงเล็กน้อย ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (fall risk assessment) ได้ 70 คะแนน มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด นอนศีรษะสูง 30 องศา เริ่มให้ออกกำลังกายแขนและขาเพื่อป้องกันข้อติดในตอนเช้าหลังรับประทานอาหาร 08.00 น ความดันโลหิตสูงเท่ากับ 160/90 mmHg พยาบาลผู้จัดการประสานแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากความดันโลหิตสูงและได้จัดนักกายภาพบำบัดมาฟื้นฟูให้ผู้ป่วยในตอนบ่ายที่หอผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมเรื่องความดันโลหิตสูงแพทย์สั่งปรับเพิ่มยาความดันโลหิตชนิดรับประทาน Amlodipine 20 mg 1x 2 ทางปากหลังอาหาร เข้าเย็น และลดขนาดความดันโลหิต Niacardipine เป็น 5 mg/hour (ความเข้มข้น 1: 5) พยาบาลผู้จัดการแจ้งพยาบาลเวชกรรมสังคมเยี่ยมผู้ป่วยและซักประวัติลงแบบฟอร์มประเมินผังครอบครัวผู้ป่วยและค้นหาผู้ดูแลหลัก พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามแผนการดูแล

วันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ประเมินการจับถ้ำย สามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางจิตใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี มีมารดาและบุตรสาวเฝ้าใกล้ชิด ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ 9(20) คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูง ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับได้ 18 คะแนน มีความเสี่ยงเล็กน้อย ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้ 50 คะแนน ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ความดันโลหิตเท่ากับ 140/90 mmHg พยาบาลผู้จัดการประสานแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่งทำกายภาพบำบัดเพื่อเข้าโปรแกรม hemi paresis และกิจกรรมบำบัดพร้อมญาติเพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยประเมินความบกพร่องตาม performance areas รับประทานอาหารอ่อนเป็นข้าวต้มไม่มีรสจัด พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมทุกกิจกรรมสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการดูแล

วันที่ 5, 6, 7 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ประเมินการจับถ้ำย สามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางจิตใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี มีมารดาและบุตรสาวเฝ้าใกล้ชิด ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ 9(20) คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูง ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับได้ 20 คะแนน ไม่มีความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้ 50 คะแนน เฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม รับประทานอาหารอ่อนไม่มีรสจัด ส่งทำกายภาพบำบัดโปรแกรม hemi paresis และกิจกรรมบำบัดพร้อมญาติ เพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยประเมิน

ความบกพร่องตาม performance areas และในวันที่ 7 ปรีกษาโภชนาการเรื่องอาหารเบาหวานมาให้แนะนำผู้ป่วยและญาติ ส่งทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดพร้อมญาติเพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แพทย์สั่งจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลเวชกรรมสังคมเยี่ยมผู้ป่วยประเมินก่อนกลับบ้าน พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมินการเตรียมบ้าน เติง ราวบันได อุปกรณ์การช่วยเหลือในการเดิน พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามแผนการดูแลในแต่ละวัน

วันที่ 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขนข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ประเมินการขับถ่ายสามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ 11 คะแนน ความต้องการพึ่งพาปานกลาง ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้ 50 คะแนน เฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม รับประทานอาหารอ่อนเป็นถ้วยเตี้ยและดื่มน้ำได้ดีไม่ลำบาก แพทย์สั่งยารักษาประสาทสั่งจำหน่าย ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูก่อนจำหน่ายผู้ป่วย พบนักกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเพื่อนัดผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเป็น OPD case เกสัษกรประจำแผนกศัลยกรรมแนะนำการรับประทานยาและภาวะแทรกซ้อน พยาบาลเวชกรรมสังคมให้คำแนะนำผู้ป่วยการมาตรวจตามนัดและส่งตัวผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลใกล้บ้าน พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ประเมินความพร้อมในการดูแลและผู้ช่วยผู้ป่วยตามความต้องการเช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน ราวบันได เติงที่ใช้นอน การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย ที่บ้านผู้ป่วยทำไม้ไผ่เป็นราวไว้ให้ผู้ป่วยหัดเดิน และมีราวบันไดให้ผู้ป่วยจับเวลาขึ้นบ้าน 4 ชั้น (บ้านชั้นเดียวยกพื้นสูง)

บทเรียนรู้

จากกรณีศึกษาแสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนและรุนแรง ด้วยพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยหลายระยะ ตั้งแต่ระยะวิกฤตจากผลของความดันในกะโหลกสูง ระยะผ่านพ้นวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาวะที่ตึงเครียด การรักษาพยาบาลจึงต้องใช้การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ ดังนั้นรูปแบบการจัดการรายกรณีจึงมีความสำคัญมากรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจ เพราะเป็นรูปแบบการดูแลที่ใช้แผนการดูแลเป็นเครื่องมือ กำหนดแบบแผนการรักษาได้ล่วงหน้าและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ควบคุมติดตามให้เป็นไปตามแผนการดูแลตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลาและสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง ติดตามความแปรปรวน (Variance) ที่เกิดขึ้นและแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย/ผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าการนำ

รูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกนั้นมีผลลัพธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดี ซึ่งการนำไปใช้จำเป็นต้องปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและบริบทของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สถิติสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2562,

จากวิกิพีเดีย <http://bps.moph.go.th>.

เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน.(2553). *โรคหลอดเลือดสมอง : Cerovascular diseases* . เชียงใหม่ : ภาควิชา

ศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ.(2557).การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข* ,

21(1), 4-21.

จรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ รสริน วรรณจิรวีไล รุ่งนิภา ช่างทอง อุมากร มณีวงษ์และศมินา สุวรรณประทีป.

(2562).การพัฒนาารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แตก.รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.

เรวดี ศีรินคร ชูวดี เกดสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนาและ สุวิภา นิตยางกูร. (2544). CASE MANAGEMENT.

ในการประชุม 2 nd national forum on Hospital Accreditation. กรุงเทพมหานคร: J.S. การพิมพ์.

วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ.(2545). การจัดการทางการพยาบาล : กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ =

Nursingcase management : strategies and applications / บรรณาธิการ วันเพ็ญ พิชิตพรชัย

และอุษาวดี อัครวิเศษ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค*

หลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke.

กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรสจำกัด.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2556).*แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือด*

สมองแตก สำหรับแพทย์. ในนพ.สวิง ปันจยสิทธิ์ ศ.นพ.นครชัย เพื่อนปฐม นพ.กุลพัฒน์ วีรสาร

(บรรณาธิการ), *แนวทางการบำบัดโรคหลอดเลือดสมองแตก (น.3-21) กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรสจำกัด.*

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society).(2562). *แนวทางการรักษาโรค*

ความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรिक ชิงค.

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2561). *รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*

2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดส์ดีไซน์.

ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด.(2557).*การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.*

(พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์.

อุไร ดวงแก้วและอภิญญา จำปามูล.(2018). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองแตกต่อระยะวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(3), 42-50.

Case Management Society of America.(2016). *Standards of practice for case management.*

Little Rock, AR : CMSA .

Powell, S.K & Tahan,H.A. (2010). *Case management : A practical guide for education and*

practice. 3nd edition. Philadelphia : F.A Davis company.

Sutherland,D.,&Hayter,M.(2009).Structured review : Evaluating the effectiveness of nurse case

managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *Journal of Clinical*

Nursing.18(21), 2978-2992.

World Stroke Organization. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2562, จากวิกิพีเดีย <https://www.world-stroke.org/>