

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

รุ่งนิภา จ้างทอง, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ทำให้เกิดการสำลักอาจนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ส่งผลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การปฏิบัติทางการพยาบาล ของการประเมินการกลืนและฝึกกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาทเกี่ยวกับการทรงตัว การพูด การควบคุมลิ้น ต่างกัน ทำให้ความสามารถในการกลืนต่างกันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 2 รายดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่แรกรับจากผู้ป่วย ญาติพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิด แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย เพศชาย เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และมีภาวะกลืนลำบาก ในรายที่ 1 ผู้ป่วย อายุ 36 ปี E2V2M5 แขน-ขาขวา weak เกรด 0 ความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถ Off Endotracheal tube หลังผ่าตัด Day 3 ประเมินการกลืน หลังผ่าตัด Day 4 ไม่พร้อมฝึกกลืน มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองและชักเกร็งซ้ำ เสี่ยงปอดอักเสบจากภาวะกลืนลำบาก นอนโรงพยาบาล 22 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 57 ปี E4V1M5 แขน-ขาขวา weak เกรด 1 ความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดสมองแบบเจาะรูที่กะโหลกศีรษะ ประเมินการกลืน Day 26 ไม่พร้อมฝึก มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ เสี่ยงปอดอักเสบจากภาวะกลืนลำบาก นอนโรงพยาบาล 33 วัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการ monitor สัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ได้รับการประเมินการกลืน ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์การประเมินการกลืนและฝึกกลืนผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังผ่าตัดใน Day 16 ถอดสายยางให้อาหารได้ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรายที่ 2 ใส่สายยางกระเพาะอาหารทางจมูกเพื่อให้อาหารปั่น ได้รับการฟื้นฟูการกลืนต่อเนื่องที่บ้าน สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้านใน Day 7

การประเมินการกลืน และการฝึกกลืน ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบาก จาก การทรงตัว การพูด การควบคุมลิ้น ต่างกัน สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จในระยะต่างกัน ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักได้ เพื่อลดการเกิดของผู้ป่วยติดเตียง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาล กลืนลำบาก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

Nursing care in Stroke patient with dysphagia : Comparative case study

Rungnipa Jangtong, M.N.S.

Abstract

Dysphagia in stroke patients is a common problem. It can lead to aspiration pneumonia Affect the infection in the bloodstream and can die. The objective was to study the nursing practice of swallowing assessment and swallowing practice in stroke patients with neurological symptoms of balance, speech and tongue control differed in swallowing ability who were admitted at Chao Phraya Yommarat Hospital. Data were collected from July 2020 to January 2021, selected samples of 2 subjects, and the data collected from the beginning, distributed from patients relatives, nurses, multidisciplinary teams, and data records from the patient's medical records. Using conceptual framework Gordon's health stereotypes It is a tool for collecting information.

Results of two case studies were male had cerebrovascular disease , high intracranial pressure and dysphagia. Patient 1: Age 36 years , E2V2M5, arm - right leg weak grade 0, High blood pressure. Underwent craniotomy surgery After surgery, using artificial respiration, can off Endotracheal tube after surgery Day 3 and evaluation of swallowing after surgery Day 4 not ready to practice swallowing. Have high intracranial pressure are at risk for ventilator-associated pneumonia. Risk of recurrent bleeding in the brain and convulsion. Risk of aspiration pneumonia, the patient's stay in the hospital for 22 days.

Patient 2: Age 57 years, E4V1M5, arm - right leg weak grade1, Hypertension, Underwent cranial perforation surgery, Assessment of swallowing Day 26 not ready to practice, High intracranial pressure, Risk of recurrent bleeding in the brain, Risk of aspiration pneumonia, the patient's stay in the hospital for 33 days. Both patients were monitored for vital signs and neurological symptoms. Get a swallowing assessment, Has discharge planning with multidisciplinary. Results of swallowing assessment and swallowing practice: Patient 1 was able to practice swallowing successfully after surgery on Day 16. Remove the feeding tube before go home. Patient 2 On nasogastric feeding tube, Continuous swallowing practice at home and able to practice swallowing successfully after go home on Day 7.

Assessment of swallowing and practice swallowing in cerebrovascular disease with balance, speech, tongue control, Can practice swallowing successfully at different stages. This is important to prevent complications from aspiration pneumonia. To reduce the incidence of bed-addicted patients

Keywords: Stroke, Nursing, Difficulty Swallowing

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต คือโรคที่มีอาการผิดปกติของระบบประสาทเป็นอาการของแขน หรือ ใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งชา อ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อย่างทันทีทันใดและมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง สถานการณ์โลก ปีพ.ศ. 2563 ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี การประเมินอย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตในระยะวิกฤต ส่วนในระยะฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลัก เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตได้ (ยงชัย นิละนนท์. 2560) โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามพยาธิสภาพที่เกิดเป็น 2 กลุ่มใหญ่ 1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) เกิดการตีบตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง และเกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด 2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออก (hemorrhagic stroke) สาเหตุสำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย (ดิษยา รัตนกรและคณะ.2554) ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารทางสายยาง คุณสมบัติในการฝึกกลืน ผู้ป่วยรู้ตัวและตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ อยู่ในท่านั่งตรงได้ อย่างน้อย 30 นาที การควบคุมศีรษะและลำคอปกติ ผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากระบบประสาทผิดปกติเมื่อกลืนอาหารเหลว อาหารจะผ่าน จากระยะช่องปากเข้าสู่ระยะ

คอหอยอย่างรวดเร็วก่อนที่จะเกิดการกลืน จึงเกิดการสำลักได้บ่อย แต่อาหารที่มีความข้นมากกว่าปกติจะช่วยชะลอไม่ให้อาหารเข้าสู่ระยะคอหอยก่อนเกิดการกลืน การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน จะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การใช้ยา (Medication) โดยพบว่ายาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) ช่วยเพิ่มความเข้มข้น ของ substance P ในน้ำลายจะช่วยกระตุ้นรีเฟล็กซ์การกลืน และการไอ ในการคัดกรองภาวะการกลืนลำบากจะช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลักได้ (aspiration pneumonia) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการประเมินใน 24 ชั่วโมงแรกหรือก่อนได้รับอาหารทางปาก วิธีการประเมินมีดังนี้ 1) Assessment of daily condition ระดับของการรู้สึกรู้ตัว โดยมีวิธีการประเมิน Cognition function ได้แก่ Orientation: ถามวัน เวลา สถานที่ ความสามารถในการทำตามคำสั่ง และสื่อสารได้ ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว 75-90 องศาต่อตั้งตรง และนั่งได้ไม่ต่ำกว่า 30 นาที 2) ประเมินการกลืน มีประเมินการควบคุมลิ้นการกลืนการไอโดยปิดปากได้สนิท สามารถเคลื่อนไหวลิ้นได้ ตามคำสั่ง เช่น ยกลิ้นขึ้นลงซ้ายขวา เลี้ยวริมฝีปาก water swallow test : ทดสอบการกลืนน้ำปริมาณ 5 มล.โดยใช้ช้อนวางบนลิ้นด้านที่แข็งแรง แล้วให้ผู้ป่วยกลืนน้ำถ้าผ่านให้ประเมินอีก 2 ครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นต้องหยุดการประเมินทันที ได้แก่ 1) สังเกตอาการไอ สำลัก เสียงเปลี่ยน หรือผู้ป่วยยอมไว้มือยอมกลืน 2) ถ้ามีอาการผิดปกติ ให้หยุดการประเมินและ NPO ไว้ก่อน 3) รายงานแพทย์เพื่อประเมินเพิ่มเติมหรือส่งให้นักกิจกรรมบำบัดในการฝึกการกลืนต่อไป กรณีประเมินผ่าน 3 ครั้งแล้ว ให้เริ่มมีอาหารตามแนวทางการรักษาของแพทย์ (ศิริราฐ สอนสำนึก , กุสุมา กุว

วัฒนาสัมฤทธิ์ และสุปริดา มั่นคง , 2560) ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาทเกี่ยวกับการทรงตัวการพูด การควบคุมลิ้น จำเป็นจะต้องคัดกรองภาวะกลืนลำบาก โดยประเมินการกลืนและการฝึกกลืนก่อนเริ่มรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้เกิดการสำลักนำไปสู่ภาวะปอดอักเสบได้ง่าย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การปฏิบัติทางการพยาบาล ของการประเมินการกลืนและฝึกกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาทการทรงตัว การพูด การควบคุมลิ้น ต่างกัน ทำให้ความสามารถในการกลืนต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและสมองชาย 2 โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2564 จำนวน 2 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจากผู้ป่วย ญาติ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และเวชระเบียนประวัติการรักษา โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำมาเปรียบเทียบและสรุปอภิปรายผล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 36 ปี ได้รับการวินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage at Left basal

ganglia ผู้ป่วยซึม E2V2M5 แขน-ขาขวา weak เกรด 0 ความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถ Off Endotracheal tube หลังผ่าตัด Day 3 ประเมินการกลืนไม่พร้อมฝึก หลังผ่าตัด Day 4 มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองและชักเกร็งซ้ำ เสี่ยงปอดอักเสบจากภาวะกลืนลำบาก ได้ให้การพยาบาลดังนี้ การ monitor สัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การประเมินการกลืน ไม่พร้อมฝึก ทำให้ต้องใส่สายยางกระเพาะอาหารทางจมูกเพื่อให้อาหารปั่น การฟื้นฟูการกลืน และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จ หลังผ่าตัดใน Day 16 ถอดสายยางให้อาหารได้ก่อนกลับบ้าน นอนโรงพยาบาล 22 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 57 ปี ได้รับการวินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage at Left basal ganglia ผู้ป่วยซึม E4V1M5 แขน-ขาขวา weak เกรด 1 ความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดสมองแบบเจาะรูที่กะโหลกศีรษะ Day 26 ประเมินการกลืนไม่พร้อมฝึก มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ เสี่ยงปอดอักเสบจากภาวะกลืนลำบาก ได้ให้การพยาบาลดังนี้ การ monitor สัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การประเมินการกลืน ไม่พร้อมฝึก ทำให้ต้องใส่สายยางกระเพาะอาหารทางจมูกเพื่อให้อาหารปั่น ได้รับการฟื้นฟูการกลืน ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ยังต้องใส่สายยางให้อาหาร ส่งฝึกกลืนและฟื้นฟูการกลืนต่อบ้านอย่างต่อเนื่อง สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้านใน Day 7

การเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 36 ปี สถานภาพโสด อาชีพพนักงานบริษัท ผู้ดูแลมารดา และพี่สาว	เพศชาย อายุ 57 ปี สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้าง ผู้ดูแลภรรยาและบุตร
วันที่เข้ารับการรักษา	28 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เวลา 0.41 น	12 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เวลา 11.46 น
วันที่จำหน่าย	19 สิงหาคม พ.ศ. 2563	14 มกราคม 2564 เวลา 11.40 น
อาการสำคัญ	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักเกร็ง หมดสติ	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเป็นลม วูบ หมดสติ
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ ชักเกร็ง หมดสติญาติเรียกรถ 1669 นำส่งโรงพยาบาล แกรับ E2V2M5	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลอาการเป็นลม วูบ หมดสติแขนขาข้างขวาไม่มีแรง เรียกไม่รู้สีกตัว ญาตินำส่งแรกรับ E4V1M5
การวินิจฉัยโรค	Intracerebral Hemorrhage at left basal ganglia hemorrhage	Intracerebral Hemorrhage at left basal ganglia hemorrhage
การรักษา	Craniotomy with clot removal	Burr hole with clot removal
การพยาบาล Acute Care	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูง	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูง
	การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองและ ชักเกร็งซ้ำ (Re-Bleeding)	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ (Re-Bleeding)
	เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ	เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากเคลื่อนไหวได้น้อย

การพยาบาล Intermediate Care	เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก(Aspirate pneumonia) ประเมินการกลืนไม่พร้อมฝึก หลังผ่าตัด Day 4	เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก(Aspirate pneumonia) ประเมินการกลืนไม่พร้อมฝึก หลังผ่าตัด Day 6
	การเคลื่อนไหวบกพร่อง กล้ามเนื้อแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 0 ปรี ก ษ า นั ก กาย ภาพ บำ บั ด ฝึ ก Ambulationหลังผ่าตัด Day 6	การเคลื่อนไหวบกพร่อง กล้ามเนื้อแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 1 ปรี ก ษ า นั ก กาย ภาพ บำ บั ด ฝึ ก Ambulationหลังผ่าตัด Day 8

การเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การพยาบาล Intermediate Care	ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง การสื่อสาร บกพร่องพูดเป็นคำๆ ฝึกกลืนหลังผ่าตัด Day 16	ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง การสื่อสารบกพร่อง พูดออกเสียงไม่ชัด ฝึกกลืน Day 26
	เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แขนและ ขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 0	เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แขนและขาข้างขวา อ่อนแรง เกรด 1
การพยาบาล Long Term Care	ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เรื่องโรค และอาการตลอดจนการดูแลผู้ป่วย	ญาติผู้ป่วยมี ความวิตกกังวล เรื่องโรคและ อาการตลอดจนการดูแลผู้ป่วย
	ขาดความรู้ทักษะการปฏิบัติตัวก่อน กลับบ้าน	ขาดความรู้ทักษะการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

การศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์
การ วินิจฉัยโรค	Intracerebral Hemorrhage at Left Basal ganglia	Intracerebral Hemorrhage at Left Basal ganglia	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยโรคเลือดออกในเนื้อสมอง ตำแหน่ง Left basal ganglia จากภาวะความดันโลหิตสูง (hypertensive hemorrhage) เกิดพยาธิสภาพที่ Left Basal ganglia ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไม่สัมพันธ์กัน การ กระตุ้นของแขนขาเช่นการบิดเกร็งของกล้ามเนื้อ การสูญเสีย ความรู้สึกของแขนขาค้นตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิด การปวดผิดปกติ ปวดไม่ชัด ซึ่งทำให้เกิด อาการกลืนลำบาก ดังนั้นเมื่อมีความเข้าใจการวินิจฉัยโรค จะนำไปสู่การวินิจฉัย การพยาบาลได้อย่างตรงประเด็น ดังนี้ ภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มี อาการผิดปกติทางระบบประสาทการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ แขนและขาข้างขวาอ่อนแรงทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเสี่ยง ต่อการเกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ และการสื่อสาร บกพร่องพูดออกเสียงไม่ชัดเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการ สำลัก(Aspirate pneumonia) ได้

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
ตำแหน่ง พยาธิสภาพ อาการและ อาการ แสดง	Intracerebral Hemorrhage at Left Basal ganglia อาการชักเกร็ง หมดสติ	Intracerebral Hemorrhage at Left Basal ganglia มาด้วย เป็นลม วูบ หมดสติ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่ง left basal ganglia เป็น Primary hemorrhagic stroke จากภาวะความดันโลหิตสูง (hypertensive hemorrhage) แต่มาโรงพยาบาลด้วย Neurologic deficit ที่แตกต่างกันบ่งบอกถึงความรุนแรงที่แตกต่างกันผู้ป่วยกรณีศึกษาราย ที่ 1 มาด้วยอาการชักเกร็งหมดสติ แรกรับ E2V2M5 coma score 9 คะแนน พยาธิสภาพที่ตำแหน่งเดียวกันแต่อาการ Neurologic deficit แตกต่างกัน ทำให้การดำเนินของโรคที่มี Neurologic deficit ชักเกร็งมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เสี่ยงต่อการเลือดออกและชักเกร็งซ้ำ ต้องมีการเฝ้าระวังการประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง พยาบาลประเมิน early warning sign of IICP ผู้ป่วยมีภาวะ IICP ได้รับการรักษาโดยผ่าตัด craniotomy ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2 E4V1M5 coma score 10 คะแนน ไม่มี Neurologic deficit ชักเกร็ง มีการเฝ้าระวังการประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท ทุก 2-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะ IICP ชีวมลง E3V1M5 ปลุกตื่นช้าลง ได้รับการรักษาโดยผ่าตัด Burr hole with clot removal ดังนั้นในระยะ Acute Care พยาบาลจึงต้องมีการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง (IICP) โดยการประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทตามความรุนแรงและความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ภาวะ IICP ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีชั่วโมงการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง (IICP) ประเมิน early warning sign of IICP ความถี่และความห่างที่แตกต่างกัน การเฝ้าระวังไม่เกิดความเสี่ยงและความรุนแรง มีผลต่อการรักษาผ่าตัดได้ทันทั่วทั้งที่ส่งผลทำให้การฟื้นฟูได้เร็วขึ้น

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
ปัจจัยเสี่ยงที่ ทำให้เกิด โรคหลอดเลือด สมอง			ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงอายุที่แตกต่างกัน อายุที่ มากขึ้นการเกิดอุบัติการณ์เป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากขึ้น โดยพบเพิ่มขึ้น 2 เท่าตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 ปี โรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (stroke in the young) จาก สาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงและ ไขมัน
-อายุ	-36 ปี	-57 ปี	เพศชายมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 44-76 และมีอัตราการตายที่สูงกว่าด้วย
-เพศ	-ชาย	-ชาย	
ความดัน โลหิตสูง	-โรคความดัน โลหิตสูง	-ไม่เคยตรวจ ร่างกาย	การควบคุมระดับความดันโลหิตจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด ในสมองได้สูง
-ไขมันใน เลือดสูง	-Cholesterol =217 mg/dl	Cholesterol = 141 mg/dl	ไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดใน สมอง เนื่องจากจะทำให้เกิดการอุดตันของไขมันในหลอดเลือด ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดที่ช้าลงและการไหลเวียนไม่สะดวก
-การดื่มสุรา	-ดื่มสุราและ เบียร์ อาทิตย์ ละ 3 ครั้ง	-ดื่มสุราและ เบียร์ อาทิตย์ ละ 3 ครั้ง	การดื่มสุรา เป็นปัจจัยทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง ทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง และการไหลเวียนไม่สะดวก
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	สูบบุหรี่ ยา เส้น วันละ 4-5	บุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนแคทีโคลา มิน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว ความดันเลือดสูงขึ้น มีการจับตัวกันของหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้เลือดหนืดขึ้น
โรคอ้วน	อ้วน น้ำหนัก 90 กก.	มวน \	ค่า BMI ที่แปลผลได้ว่าเริ่มอ้วนในระดับที่ 1 (BMI ปกติอยู่ที่ 18.6-22.9 กก/ม ²) ซึ่งผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ซม. เส้น รอบเอวมมากกว่า 90 ซม. ในผู้ชาย
		ผอม	ดังนั้นการพยาบาล ระยะ Long Term Care คือการป้องกันไม่ให้ เป็นกลับซ้ำ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคประจำตัว ความดัน โลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่เน้น

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์
	สูง = 190 ซม BMI = 24.9 กก/ม ²	น้ำหนัก 52 กก. สูง = 170 ซม BMI = 17.99 กก/ม ²	การควบคุมน้ำหนัก และงดดื่มสุราผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เน้นงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา จะส่งเสริมการฟื้นฟูไม่ให้เป็นกลับซ้ำได้

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์
การรักษา	Craniotomy with remove blood clot	Burr Hole with irrigate blood clot	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายในระยะ Acute Care มีการรักษาที่แตกต่างกันเรื่องการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดสมอง Craniotomy with remove blood clot มีการตรวจประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs: V/S) สัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Signs : N/S) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก ๆ 1 ชั่วโมงและเมื่อ V/S , N/S เปลี่ยนแปลง ถ้าพบ Early Warning Sign of ICP ได้แก่ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน แขนขาอ่อนแรง เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์ จากการประเมิน Early Warning Sign of ICP พบความดันโลหิตสูงขึ้นถึง 220 /118 mmHg และ MAP =151 mmHg แพทย์พิจารณาผ่าตัด Craniotomy ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดสมอง Burr Hole with irrigate blood clot มีการตรวจประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs : V/S) สัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Signs : N/S) ทุก 2-4 ชั่วโมงและเมื่อ V/S , N/S เปลี่ยนแปลง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
			ถ้าพบ Early Warning Sign of ICP ได้แก่ ชีมลง ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์ จากการประเมิน Early Warning Sign of ICP พบอาการ ชีมลง E3V1M5 ปลุกตื่นช้าลง แพทย์พิจารณาผ่าตัด Burr Hole จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้พบ Early Warning Sign of ICP รายงานแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่าตัดทันที ทำให้รอดชีวิตและสามารถฟื้นฟูได้เร็ว

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
1.เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะชักเกร็งและเลือดออกในสมองซ้ำ	1.เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันในระยะวิกฤต 1).การประเมิน Glasgow coma score (GCS) 2)ประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs : V/S) สัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Signs : N/S) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก ๆ 1 ชั่วโมง และเมื่อ V/S, N/S เปลี่ยนแปลง พบ Early Warning Sign of ICP รายงานแพทย์ทันที 3)จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ศีรษะและลำคออยู่ในแนวตรง สะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา

เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจและพร่องออกซิเจน	เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจผิดปกติ	4) ประเมินอาการชักเกร็ง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ 5) ประเมินการหายใจ เหนื่อย หายใจแบบ Cheyne Stroke หรือ Hyperventilation ซึ่งเป็น Early Warning Sign of IICP รายงานแพทย์ทันที
เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ		ดังนั้นจะเห็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงกว่าหลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ Bird Respirator ทำให้เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มดูแลทำความสะอาดช่องปาก ตรวจสอบความดันกระเปาะใส่ลมของท่อทางเดินหายใจให้อยู่ระหว่าง 20-30 เซนติเมตรน้ำ ให้ดูดน้ำลาย ในปาก ก่อนดูดเสมหะในท่อ หลอดลมคอทุกครั้ง ประเมินการหายใจและพยายาม wean Bird Respirator และ O2 การเฝ้าระวังประเมิน Early Warning Sign of IICP ไม่มีชักเกร็งและภาวะเลือดออกในสมองซ้ำและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ใส่ใส่ท่อช่วยหายใจ แต่จะเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจผิดปกติต้องมีประเมินการหายใจและการเฝ้าระวัง Early Warning Sign of IICP เช่นกัน

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์
ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	เสี่ยงต่อภาวะ ปอดอักเสบ จากการกลืน ลำบาก เสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรก ซ้อนเกิดแผล กดทับข้อยึด ติด ญาติผู้ป่วยมี ความวิตก กังวล เรื่อง โรคและ อาการ ตลอดจนการ ดูแลผู้ป่วย ได้รับการ วางแผน จำหน่ายมี ความพร้อม ในการดูแล ผู้ป่วยเมื่อ กลับบ้าน	เสี่ยงต่อภาวะ ปอดอักเสบจาก การกลืนลำบาก เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เกิดแผลกด ทับ ข้อยึดติด ญาติผู้ป่วยมี ความวิตกกังวล เรื่องโรคและ อาการตลอดจน การดูแลผู้ป่วย ได้รับการ วางแผน จำหน่าย มี ความพร้อมใน การดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับบ้าน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายในระยะ Intermediate Care มีการประเมินการกลืนดังนี้ 1) ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว ตื่น มากกว่า 15 นาที และประคองศีรษะในท่าศีรษะตรงได้ 2) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำลาย ได้ 3) ประเมินความสามารถในการควบคุมน้ำลาย ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก 4) ประเมินความแข็งแรงและความสามารถในการใช้ลิ้น โดยให้ผู้ป่วยสามารถแลบลิ้นออกมานอกปาก และใช้ลิ้นแตะริมฝีปากบนและล่าง ซ้ายและขวาได้ 5) ประเมินความสามารถการไอ หรือกระแอมในลำคอได้ 6) ประเมินคุณภาพเสียงของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเปล่งเสียง อา ไอ 7) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำ ได้ 8) ประเมินความสามารถในการรับประทานโจ๊กข้น และปรับลักษณะของอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ประเมินการกลืนหลังผ่าตัด Day 4 ไม่พร้อมฝึกเมื่อประเมินต่อไปเป็นระยะมีความสามารถทรงตัวทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ สามารถบริหารกลืนเนื้อริมฝีปากและลิ้นได้มีReflexการไอ สามารถเปล่งเสียงได้ จึงฝึกกลืนสำเร็จหลังผ่าตัด Day 16 กรณีศึกษารายที่ 2 ประเมินการกลืน หลังผ่าตัด Day 6 ไม่พร้อมฝึก เมื่อประเมินต่อไปเป็นระยะพบว่าสามารถทรงตัวได้น้อย

			สามารถบริหารกล้ามเนื้อริมฝีปาก ลิ้นได้น้อย และการควบคุมกล้ามเนื้อลิ้นได้น้อย จึงฝึกกลืนหลังผ่าตัด Day 9 ไม่สำเร็จ แต่มีการฝึกกลืนต่อเนื่องสามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้าน ใน Day 7 การพยาบาลผู้ป่วยกลืนลำบากจะต้องประเมินการกลืนและการฝึกกลืน โดยการทรงตัวและการออกเสียงได้ต่างกัน ทำให้เห็นถึงความสามารถในการกลืนต่างกัน
--	--	--	--

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

แนวปฏิบัติการกลืน	กรณีศึกษา ที่ 1	กรณีศึกษา ที่ 2	วิเคราะห์
1.การประเมินระดับความรู้สติ : GCS	E2V2M5 ฝึกกลืน Day 4 ไม่สำเร็จ	E4V1M5 ฝึกกลืน Day 6 ไม่สำเร็จ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 GCS= 9 คะแนน ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 GCS= 10 คะแนน GCSใกล้เคียงกัน จากระดับความรู้สติตัวลดลง ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้ คะแนน $GCS \leq 13$ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการสำคัญสูง
2. ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว	แขนขาขวา Grade 0 แขนขาซ้าย Grade 3 Ambulation หลังผ่าตัด Day 6 นั่งทรงตัว ได้ใน Day 16	ขาข้างขวา Grade 1 แขนขาข้างซ้าย Grade 3 Ambulation หลังผ่าตัด Day 8 นั่งทรงตัว ได้ใน Day 26	ความสามารถในการนั่งทรงตัว ขึ้นมากกว่า 15 นาที และประคองศีรษะในการทำศีรษะตรงได้ ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 ความสามารถในการนั่งทรงตัว ได้เร็วกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 จึงสามารถฝึกกลืนได้เร็วกว่า
3.ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำลาย	Day 16	Day 26	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 สามารถทำตามคำสั่งได้เร็วกว่า จึงสามารถฝึกกลืนน้ำลายได้เร็วกว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ไม่พบกลืนช้าหลายครั้ง
3.1ความสามารถในการควบคุมน้ำลาย	Day 16	Day 26	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 ควบคุมกล้ามเนื้อลิ้นได้ดีกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ฝึกบริหาร

ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก			กลืนเนื้อริมฝีปากและลิ้น ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก
-ความสามารถในการใช้กลืนเนื้อลิ้น	Day 16	Day 26	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 พูดได้ชัดกว่า ฝึกเปล่งเสียง อา โอ อี ลา ลา ลา ได้เร็วกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษา 2
-ความสามารถในการรับประทานอาหาร ก่อนจำหน่าย	-รับประทานอาหารได้เอง	On NG Feeding	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 รับประทานอาหารได้เอง ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 On NG Feeding
-การติดตามหลังจำหน่าย	ฝึกกลืนได้สำเร็จใน Day 16	ฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้าน Day 7	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 ฝึกกลืนได้สำเร็จใน Day 16 ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้าน Day 7

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
ความพิการที่หลงเหลืออยู่	-Right facial palsy -Right hemiplegia -E4V5M6 แขนขาข้างขวา เคลื่อนไหวได้เกรด 2 แขนขาข้างซ้าย	-Right facial palsy -Right hemiplegia -dysphagia -aphasia -E4V5M6 แขนขาข้างขวา เคลื่อนไหวได้เกรด 0-1	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายในระยะ Long Term Care มีภาวะพิการที่หลงเหลือเหมือนกันแต่ระดับแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มี Right facial palsy เหลือน้อย เนื่องจากผู้ป่วยได้ฝึกบริหารกลืนเนื้อปากและลิ้นได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่า จึงฟื้นฟูสภาพได้เร็วกว่า มี Right hemiplegia ที่ฟื้นตัวเร็วได้รับการฝึกการทรงตัว ฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยคือ walker และสามารถเดินได้ในเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยรายที่ 2 มี Right facial palsy ชัดเจนและฟื้นตัวได้ช้ากว่า ยังมีอาการพูดไม่ชัดและกลืนลำบาก พยุงตัวบนเตียงและนั่งรถเข็นนั่งได้ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในระยะ Long Term Care ก็มีความสำคัญในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน การเพิ่ม

	เคลื่อนไหวได้ ระดับเกรด4-5 -รับประทาน อาหารฝึก กลืนได้เอง	แขนขาข้างซ้าย เคลื่อนไหวได้ ระดับเกรด 3-4 On NG Feed อาหารปั่น เริ่มรับประทาน อาหารฝึกกลืน ได้บ้าง	คุณภาพชีวิต ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงมีการให้ความรู้ Care giver ในการประเมินการกลืนต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดการสำลักการ บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ควบคุมความดันโลหิต งดการ สูบบุหรี่และดื่มสุรา มีการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย และมีการดูแลต่อเนื่องโดยการส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อ เตรียมจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยใช้แนวทาง D- METHOD เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1 เน้นการ ควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร งดอาหารเค็ม อาหารมัน และงดดื่มสุรา ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่2 เน้นงดสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร งดอาหารเค็ม และงดดื่มสุรา จะ ส่งเสริมการฟื้นฟูไม่ให้เป็นกลับซ้ำได้
--	--	---	--

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ในระยะ **Acute Care** เฝ้าระวัง Early Warning Sign of IICP ในระยะ Intermediate Care ประเมินการกลืนและการฝึกกลืน ในระยะ Long Term Care การฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาทการทรงตัว การพูด การควบคุมลื่นจะมีภาวะกลืนลำบาก และ ทำให้ความสามารถในการกลืนได้เร็วช้าแตกต่างกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประเมินการกลืนและการฝึกกลืน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักปอดอักเสบ ลดการเกิดของผู้ป่วยติดเชื้อ ดังนั้นการประเมินการกลืน

และฝึกกลืนจึงเป็นสิ่งสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

ข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พยาบาลต้องมีทักษะและปฏิบัติ การประเมินการกลืน การฝึกกลืนทุกราย เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ ลดการเกิดของผู้ป่วยติดเชื้อ และมีการประเมินการกลืนและฝึกกลืนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

ดิษยา รัตนกรและคณะ.(2554). *Current Practical Guide to Stroke Management*. กรุงเทพฯ : สหวิทยาการพิมพ์.

นฤมล นามวงษ์. (2561). *ผลของโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก*. (วิทยานิพนธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย).

พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง .(2560). *คู่มือชุดรายการอาหารไทยสำหรับผู้มีภาวะกลืนลำบากในพรสวรรค์โพธิ์สว่าง บรรณาธิการ*. *คำแนะนำอาหารสำหรับผู้มีภาวะกลืนลำบาก*. สำนักพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) .

มนันชยา กองเมืองปัก (บรรณาธิการ) (2560). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล*. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล แผนกการพิมพ์ : กรุงเทพฯ.

ยงชัย นิละนนท์. (2560). *โรคหลอดเลือดสมอง*. ใน มณธีรา มณีรัตนะพร, นัฐพล ฤทธิชัยมัย และ ศิริสกุล จิรกาญจนกร (บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์ทันใจ*. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.

รุ่งทิวา ชอบชื่น.(2557). *บทบาทพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29, 13-15.

เวชระเบียนผู้ป่วยใน.(2563). *งานสถิติผู้ป่วย*. โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราช.

ศิรินาฏ สอนสำนึก , กุสุมา คุวานันตัมฤธี และสุปริดา มั่นคง . (2560). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจต่ออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ*. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 23 (3), 284-297.

Edmiaston,J.,Connor,L.T.,Loehr,L.,Steger -May, K.&Ford,A.L.(2014) A SimpleBedside dysphagia screen , validate against videoflooroscopy, defects dysphagia and aspiration with high sensitivity. *Journal of stroke and Cerebrovascular Disease* , 23(4), 712-716.