



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ
ชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพัชรนันท์ เยาวนิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอลิษา วรรณอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินเฮอร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลิขิต จินตามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปรานี ปานเอ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางบุญยงษ์ ฉิมชั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนาธิป มาพูน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๑. นางดอกไม้ บุตรดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๒. นางสาวอรพรรณ เห่งนาเลน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๓. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๔. นางศิริรัตน์ พรจรัสสมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๑๕. นางสาวศศิวิมล อยู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๖. นางอำภา กิตติเตชาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โกเศสสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศารัตน์ ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ภัส บัวครั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางธิดารัตน์ บุญประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๒๔. นางสาว...

๒๔. นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๒๕. นางจิราพร ศิลาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๖. นางชวิศลินี สุทธิวัฒน์ธนากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒๗. นางสาวลักขณ์ ถาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘. นางสาวลักขณ์มีพร หอมคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๙. นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๖, ๗

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน</u> <u>และนิติเวช</u>	๑๘๕๒๙๔	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน</u> <u>และนิติเวช</u>	๑๘๕๒๙๔	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“การพยาบาลผู้ป่วยคลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันระยะแรกรับและส่งต่อ” “การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยคลอดเลือดสมองในท้องฉุกเฉิน” “แนบท้ายประกาศ”				๑๐๐ % 

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันระยะแรกรับและส่งต่อ

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรค ความหมาย สาเหตุ ปัจจัย พยาธิสรีระ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การพยาบาล

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ cerebrovascular diseases เป็นกลุ่มของอาการทางคลินิกซึ่งมีลักษณะสำคัญร่วมกันคือเกิดความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือดไปยังสมอง โดยอาจเกิดจากการอุดตันทำให้ขาดเลือด (ischemic stroke) หรือเกิดจากการมีเลือดออก (hemorrhagic stroke) ภายใต้กะโหลกศีรษะ ความผิดปกติเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเฉียบพลัน ก่อให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาท ซึ่งอาจเป็นระบบประสาทรับความรู้สึก ระบบสั่งการ ระบบที่ควบคุมการรู้สึกร่างกาย หรือระบบประสาทอัตโนมัติ

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับความผิดปกติต่อระบบประสาทและสโตรก (National Institute of Neurological Disorder and Stroke, ๑๙๘๙) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือด สมองว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกไม่ว่าจะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, ๒๐๐๓) ได้ให้คำจำกัดความของ โรคหลอดเลือด สมองว่า “Rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than ๒๔ hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin” หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ที่มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า ๒๔ ชั่วโมง โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่นๆ นอกจากมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

สถาบันโรคหลอดเลือดสมองของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Stroke Association, ๒๐๐๘) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงภาวะที่สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพออย่างเฉียบพลันมีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า ๒๔ ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดอุดตันหรือแตกทำให้เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

โดยสรุปจากคำจำกัดความข้างต้นโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า ๒๔ ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตกทำให้เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

๑. โรคหลอดเลือดสมองที่แบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพ

๑.๑. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) ซึ่งพบการเกิดโรคร้อยละ ๘๕ โดยแบ่งออกเป็นร้อยละ ๔๐ เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) ของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ ๒๐ เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็ก และอีกร้อยละ ๒๐ เกิดจาก ลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (Embolism) ได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณผนังหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ที่เหลืออีกร้อยละ ๕ เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะหลอดเลือดอักเสบเป็นต้น

๑.๑.๑) ภาวะมีลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) เริ่มจากการถูกทำลายของ เยื่อผนังหลอดเลือดโดยเกิดจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) เป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวจะทำให้ไขมันสะสมและกลายเป็นแผ่นแข็งบนผนังหลอดเลือดและใหญ่ขึ้น จนเป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงตีบ การตีบนี้ทำให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดไม่คล่องเลือดจะหมุนวนรอบ ๆ ผิวขรุขระของแผ่นพลาจส์ (Plaque) ทำให้เกล็ดเลือดไปติดอยู่กับแผ่นพลาจส์จนเกิดการอุดตันของหลอดเลือด ส่วนการอุดตันที่เกิดจากการอักเสบของเส้นเลือดพบได้น้อยเรียกว่า เส้นเลือดแดงอักเสบ (Arteritis) หรือเส้นเลือดอักเสบ (Vasculitis) นอกจากนี้ลิ่มเลือดยังเกิดขึ้นได้ทุกที่ในเส้นเลือดแดงคาร์โรติดหรือเส้นเลือดแขนงย่อย ซึ่งบริเวณที่พบบ่อยคือ ทางแยกที่เป็น ๒ ทางของเส้นเลือดคอมมอนคาร์โรติด (Common carotid) เข้าสู่หลอดเลือดแดงแอนทีเรียและโพสทีเรียคาร์โรติด (Anterior and posterior carotid) เป็นต้น

๑.๑.๒) ภาวะมีก้อนเลือดอุดตัน (Embolism) การอุดตันของเส้นเลือด สมองจากก้อนเลือดอุดตัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากก้อนเลือดอุดตัน (Embolic stroke) ก้อนอุดตันก่อตัวจากภายนอกสมองและหลุดออกเข้าสู่วงจรของเส้นเลือดในสมอง จนกระทั่งติดค้างและอุดตันเส้นเลือดแดงในสมอง ก้อนอุดตันโดยทั่วไปคือ พลาจส์ (Plaque) ซึ่งลิ่มเลือดจะหลุด จากเส้นเลือดแดงแอนทีเรียคาร์โรติด (Anterior carotid artery) ตรงบริเวณที่เกิดจากพลาจส์หลุด (Ulcerated plaque) และเดินทางเข้าสู่การไหลเวียนในสมอง (Cerebral circulation) หัวใจจะเต้น รัวเรื้อรัง (Chronic atrial fibrillation) จากนั้นเลือดที่ไหลเข้าไปในหัวใจห้องบนจนทำให้เกิดก้อน เลือดเล็ก ๆ และเคลื่อนผ่านหัวใจเข้าสู่การไหลเวียนในสมอง และยังพบว่าในลิ้นหัวใจเทียมจะมีผิว ขรุขระมากกว่าหัวใจปกติและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดก้อนเลือด และโรคเยื่อหัวใจอักเสบที่มี สาเหตุจากแบคทีเรียหรือไม่ใช่แบคทีเรียก็เป็นแหล่งกำเนิดของก้อนเลือดอุดตันได้ ส่วนแหล่งกำเนิด ของก้อนอุดตันอื่นๆ เช่น ก้อนเนื้อ ไขมัน แบคทีเรียและฟองอากาศ

๒ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออก (Hemorrhagic stroke)

๑.๒.๑) ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage: ICH) พบได้ร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดซึ่งสาเหตุสำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้และพบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอ จนในที่สุดเกิดการโป่งพองของ หลอดเลือดฝอย (Microaneurysm) ซึ่งเป็นกระเปาะที่มีเลือดซึมซังอยู่ บ่งบอกว่าเคยมีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดมาก่อน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ถ้ามีความดันโลหิตสูงมากจนการโป่งพองของหลอดเลือดฝอยแตกออกทำให้มีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมอง และทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นอักเสบและตาย เช่นเดียวกับในกรณี ที่เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองรอบ ๆ จะบวมมากจนอาจกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ การกดเบียดช่องเวเนทริเคิล (Ventricle) ทำให้น้ำไขสันหลังระบายได้ไม่สะดวก การมีสมองบวมและการอุดกั้นการระบายน้ำไขสันหลังอาจจะทำให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จนกดเบียดก้านสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติและสัญญาณชีพ ส่วนตำแหน่งที่มีเลือดออกที่ พบได้บ่อย ได้แก่ เบซอลแกงเกลีย (Basal ganglia) ทาลามัส (Thalamus) กลิบบสมองของซีกซ้ายหรือขวา (Cerebral hemisphere) ซีกเบสแลม (Cerebellum) และพอนส์ (Pons) เมื่อมีเลือดออกในเนื้อสมองลึกลงไปในซีกซ้ายหรือขวาผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะมาก มีอาการชาและอ่อนแรงในส่วนหนึ่งของร่างกายซีกตรงข้ามกับรอยโรค และถ้าหากมีเลือดออกในสมองซีกที่เด่น (Dominant hemisphere) ผู้ป่วยมักจะมี ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) ร่วมด้วย ภาวะเลือดออกในสมอง ส่วนซีกเบสแลม (Cerebellum) มักเกิดที่ซีกใดซีกหนึ่ง โดยเริ่มที่ตำแหน่งเดนเทนิวเคลียส (Dentate nucleus) ผู้ป่วยจะเสียการทรงตัว เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะและมึนงง

๑.๒.๒) ภาวะที่มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองที่พบในชั้นใต้เยื่อแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage : SAH) พบได้ประมาณร้อยละ ๕ มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในตำแหน่งที่มีการโป่งพอง (Aneurism) การมีเลือดออกในช่องใต้เยื่อแรคนอยด์ทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะอย่างมากทันที อาเจียนและมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ เมื่อเปรียบเทียบกับโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นใต้เยื่อแรคนอยด์ มักจะมีอายุน้อยและไม่ค่อยพบโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีคอแข็ง และมีอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง เช่น เคอร์นิกซายน์ (kernig sign) และ บรูดซิงกิชายน์ (Brudzinski sign) ซึ่งการบีบเกร็งของหลอดเลือด (Vasospasm) ภายหลังผนังหลอดเลือดแตกและภาวะเนื้อสมองตายที่เกิดขึ้นตามมาเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่เกิดขึ้น

ปัจจัยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันมีความสำคัญในการ ป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ จึงมีการแบ่งประเภทของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังนี้

๑. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Nonmodifiable risk factors) เป็นปัจจัยที่เป็นภายในบุคคลมีดังนี้
 - ๑.๑) อายุ พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากโดยความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นสองเท่าในทุก ๑๐ ปีของอายุที่เพิ่มขึ้น ในประชากรที่อายุมากกว่า ๕๕ ปีในสหรัฐอเมริกา สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษา Thai Epidemiologic Stroke (TES) พบว่าความชุก ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นเดียวกัน
 - ๑.๒) เพศ พบในผู้ป่วยเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก กว่าเพศหญิงในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายอยู่ที่ร้อยละ ๒.๙ ขณะที่ในเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ ๒.๓ สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษา Thai Epidemiologic Stroke (TES) พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า เพศหญิงประมาณสองเท่า

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๓) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ ๓๐ หรือ ๑.๓ เท่า หรือลักษณะทางพันธุกรรมบางชนิด เช่น Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL) เกิดจากความผิดปกติของยีน คู่ที่ ๓ มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ สมองขาดเลือดแบบสับคอร์ดโคโลสโตริก (Subcortical stroke) สมองเสื่อม (Dementia) และปวดศีรษะแบบไมเกรน (Fabry disease) ซึ่งพบเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดการขาดเอนไซม์ (Lysosomal α -galactosidase) และทำให้เกิดการสะสมของ Globotriaosylceramide และ Glycosphingolipids ซึ่งส่งผลต่อการอุดตันของหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

๑.๔) การมีน้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำ พบการศึกษาในสหราชอาณาจักรที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัมจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวแรกคลอดสูงกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ถึงสองเท่าแต่ยังไม่สามารถหาเหตุผลทางวิทยาศาสตร์มา อธิบายเหตุผลของความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นนี้ได้ (Barker & Lackland, ๒๐๐๓)

๒. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนว่าเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้จะทำให้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันลดลง (Well documented and modifiable risk factors) มีดังนี้

๒.๑) ความดันโลหิตสูง เป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือด สมองอุดตันและภาวะเลือดออกในสมอง ความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง อย่างชัดเจน ซึ่งความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตที่ สูงเกินระดับปกติ และพบความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศไทย อยู่ที่ประมาณร้อยละ ๒๒ โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้นมีการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนว่าความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง และแปรผันโดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่ลดลงการรักษาความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๒) เบาหวาน เป็นอีกหนึ่งความเสี่ยงอิสระต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีหลักฐานหนักแน่นโดยเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ ๑.๖ ถึง ๖ เท่า โดยความเสี่ยงนี้มีที่มาจากการที่เบาหวานเป็นตัวการของโรคหลอดเลือดโดยตรง และการที่เบาหวานทำให้เกิด ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดด้วยเช่นกัน มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า การรักษาเบาหวานประเภทที่สองอย่างเข้มข้นและควบคุมความเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยาหลายชนิดร่วมกัน ประกอบด้วย ยาลดไขมันกลุ่มสแตติน (Statin) ยาลดความดันโลหิตกลุ่มแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor : ACEI หรือ Angiotensin Receptor Blocker : ARB) และยาด้านเกร็ดเลือดในบางกรณีลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลงได้มีหลักฐานทางคลินิกยืนยันว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มข้นจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่อยู่ในกลุ่มไมโครแองจิโอพาตี (Microangiopathy) ได้แก่ retinopathy, nephropathy และ neuropathy ได้อย่างชัดเจน แต่ยังไม่ชัดเจนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มข้นจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานในกลุ่มไมโครแองจิโอพาตีได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ความเข้มข้นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดระดับไกลโคฮีโม กลอบิน (Glycohemoglobin) ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ ๖ ยังไม่แนะนำให้ทำเนื่องจากอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การควบคุมความดันโลหิตเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน โดยควรลดระดับของความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานให้ต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท โดยกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่แนะนำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ให้ใช้เป็นกลุ่มแรก คือ ACEI หรือ ARB ไขมันในเลือดสูงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน การรักษาไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานด้วยยาลดไขมันกลุ่มสแตตินสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานได้

๒.๓) ไขมันในเลือดสูงพบว่าระดับคอเลสเตอรอลในเลือดที่สูงขึ้นสัมพันธ์โดยตรงกับอุบัติการณ์ของการหนาตัวและตีบตันของหลอดเลือดแดงอินเทอร์นอลคาร์โรติด (Internal carotid) ส่วนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง มีข้อ มูลการศึกษาที่เด่นชัดของการให้ยาลดไขมันในกลุ่มสแตติน (Statin) ว่าสามารถลดอุบัติการณ์ของโรค หลอดเลือดสมองได้ แต่ยาลดไขมันกลุ่มอื่น เช่น Fibric acid, Niacin ยังไม่มีข้อมูลทางคลินิกว่าลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๔) สูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นสองเท่าในกลุ่ม ประชากรที่สูบบุหรี่นอกจากนี้การสูบบุหรี่ทวีความรุนแรงของอัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่นในผู้หญิง ที่สูบบุหรี่และใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดอัตราเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดสมองจะสูงถึง ๗.๒ เท่า

๒.๕) หัวใจห้องบนเต้นระริก (Atrial Fibrillation: AF) ทั้งหัวใจห้องบนเต้นระริกที่มีลิ้นหัวใจผิดปกติ (Valvular atrial fibrillation) และหัวใจห้องบนเต้นระริกที่ไม่มีลิ้นหัวใจผิดปกติ (Nonvalvular atrial fibrillation) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจห้องบนเต้นระริกที่ไม่มีลิ้นหัวใจผิดปกติเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีข้อมูลทางคลินิกที่แน่นอน หนาเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๖) โรคหัวใจจำเพาะบางประเภทนอกเหนือจากหัวใจห้องบนเต้นระริก ยังมีความผิดปกติของหัวใจอีกหลายประเภทที่ถือเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก้อนเลือดอุดตัน เช่น เนื้องอกปฐมภูมิของหัวใจ (Primary cardiac tumors), Vegetations, ลิ้นหัวใจเทียม (Prosthetic cardiac valves), Dilated Cardiomyopathy, โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจบางประเภทและลิ้นหัวใจอักเสบเป็นต้น แต่ก็มี ความผิดปกติของหัวใจบางประเภทที่ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก้อนเลือดอุดตัน เช่น Patent Foramen Ovale (PFO) อาจจะเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕๕ ปีแต่อาจจะไม่ใช่สาเหตุของโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุมากที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมอยู่ด้วย

๒.๗) หลอดเลือดแดงใหญ่คาร์โรติดตีบแคบ (Carotid artery stenosis) จะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นสองเท่า อย่างไรก็ตามการรักษา ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่คาร์โรติดตีบแคบที่ยังไม่มีการแสดงของสมองขาดเลือด (Asymptomatic Carotid Stenosis) ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ถึงแม้จะมีการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการผ่าตัด (Carotid endarterectomy) ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่คาร์โรติดตีบแคบที่ยังไม่มีการแสดงของภาวะสมองขาดเลือด แต่ก็มีข้อจำกัดมาก เช่น การผ่าตัดต้องอยู่ ภายใต้อัตราการเกิดผลแทรกซ้อนน้อยกว่าร้อยละ ๓ ต่อปีผู้ป่วยจึงจะได้ประโยชน์จากการผ่าตัด อีกทั้งยังมีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าการให้การรักษาด้วยยาควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อย่างเข้มข้นสามารถทำให้อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑ ได้จึงอาจจะได้ผลดีกว่าการทำ ผ่าตัด เนื่องจากยังมีข้อขัดแย้งในการให้การรักษ

๒.๘) โรคอ้วนโดยเฉพาะที่มีไขมันสะสมบริเวณลำตัว (Obesity and Body Fat Distribution) ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง ๒๕ ถึง ๒๙.๙ ถือว่ามีน้ำหนักตัวเกิน และถ้ามีดัชนีมวลกายมากกว่า ๓๐ ถือว่าเป็นโรคอ้วน โดยความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ๑.๓๙ เท่า ในทุก ๆ ๕ กิโลกรัม ของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ส่วนไขมันสะสมบริเวณลำตัวใช้เกณฑ์เส้นรอบเอว โดยเส้นรอบ เอวเกิน ๙๐ เซนติเมตรในผู้ชาย หรือเกิน ๘๐ เซนติเมตรในผู้หญิง ถือว่ามีไขมันสะสมบริเวณลำตัวโดย ค่าดัชนีมวลกายจะแปรผันโดยตรงกับเส้นรอบเอวการควบคุม น้ำหนักตัวและลดไขมันสะสมบริเวณลำตัวทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงโดยตรง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อีกทั้งยังทำให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงทางอ้อมอีกด้วย

๒.๙) การให้ฮอร์โมนหลังหมดประจำเดือน (Postmenopause hormone therapy) การศึกษาแบบสุ่มด้วยการให้ฮอร์โมนทดแทนเอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสเตอโรนในผู้หญิงอายุระหว่าง ๕๕-๗๙ ปี พบว่าไม่ได้ประโยชน์ทางคลินิกอีกทั้งยังเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดต่าง ๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน ๑.๕๕ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาจึงไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนทดแทน ในภาวะหลังหมดประจำเดือน

๒.๑๐) การไม่ออกกำลังกาย (Physical inactivity) กลุ่มประชากรที่ไม่ออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มประชากรที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ประมาณ ๒.๗ เท่า ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย

๓.๓ อาการและอาการแสดง อาการของเลือดออกในสมองขึ้นอยู่กับบริเวณที่เลือดออกภายในสมองและกะโหลกศีรษะ อาการโดยทั่วไปของเลือดออกในสมองมีดังต่อไปนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, ๒๕๕๙)

๓.๓.๑. ปวดหัวรุนแรงอย่างเฉียบพลัน (Thunderclap) เป็นอาการแสดงของภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) รู้สึกเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็ง

๓.๓.๒. รู้สึกเจ็บแปลบคล้ายเข็มตำ อ่อนแรง เหน็บชา หรือเป็นอัมพาตที่ด้านใดด้านหนึ่งของใบหน้า แขนหรือขาออกแข็งเกร็ง มีภาวะกลืนลำบาก หายใจลำบาก

๓.๓.๓. ตาพร่ามัว มีปัญหาในการมองเห็น ตาไม่สู้แสง ตามองไม่ชัดหรือมืด ทันทีทันใดการตอบสนองต่อรูม่านตาทั้ง ๒ ข้างไม่เท่ากัน โดยเฉพาะเป็นข้างเดียว

๓.๓.๔. สูญเสียการทรงตัว ระบบประสาทการสั่งการและการประสานงานของร่างกายบกพร่อง

๓.๓.๕. ภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร (Aphasia) พูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่ชัดลิ้นแข็ง ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ พูดไม่เข้าใจทันทีทันใด ไม่สามารถเขียนหรืออ่านหนังสือได้

๓.๓.๖. รู้สึกสับสน สูญเสียระดับความตื่นตัว ไม่มีชีวิตชีวา ง่วงซึม หรือมีสภาพไม่รู้สึกรู้สึ

๓.๓.๗. มีอัตราการเต้นหัวใจผิดปกติ (กรณีเลือดออกอยู่ที่บริเวณก้านสมอง)

๓.๒ ทฤษฎีการใช้กระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล/ แนวปฏิบัติ/ Best practice

การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self care system theory)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันและต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้น ตามแนวคิดของโอเร็ม ได้กล่าวว่า ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองมีน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง (the theory of self-care deficit) พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีความพร่องในการดูแลตนเอง โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ซึ่งให้โครงสร้างและเนื้อหาของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการอธิบายว่าความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองจากพยาบาล หรือทั้งจากพยาบาลและผู้ป่วยอย่างไร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โอเร็มเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มีความต้องการขั้นพื้นฐานเหมือนกัน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และมีความต้องการดูแลตนเอง เพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่และการพัฒนาการ เนื่องจากทฤษฎีนี้ สร้างขึ้นบนพื้นฐานของการปฏิบัติจริงในคลินิก และมีจุดกำเนิดมาจากทฤษฎีของการกระทำ (action theory) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของศาสตร์สาขาพยาบาลและเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติที่เน้นในเรื่องของการรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยการกระทำแทน หรือกระทำให้กับผู้ป่วย ในด้านการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน ให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และอยู่ได้อย่างปกติสุข จากสาระสำคัญของทฤษฎีได้สะท้อนถึงความเชื่อเกี่ยวกับคน สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย ๓ ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

๑. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (self – care theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเป็นทฤษฎีที่เป็นรากฐานในการพัฒนาทฤษฎีย่อยอื่น

๒. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (the theory of self-care deficit) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงเหตุผลที่บุคคลจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลว่า การพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นเมื่อบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งก็คือเมื่อบุคคลมีความบกพร่องหรือความจำกัดในการดูแลตนเอง

๓. ทฤษฎีระบบพยาบาล (the theory of nursing system) ทฤษฎีนี้ให้โครงสร้าง และเนื้อหาของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการอธิบายว่าความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองจาก

ทฤษฎีการพยาบาลการพร่องการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย ๖ มโนทัศน์

๑. การดูแลตนเอง (self – care) โอเร็มได้ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลเป็นผู้ริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิตและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย

๒. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self – care demand) โอเร็มได้ให้ความหมายว่า การกระทำการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งก็คือความจำเป็นในการดูแลตนเอง ด้วยวิธีการที่เหมาะสม

๓. ความสามารถในการดูแลตนเอง (self – care agency) โอเร็มได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เติบโตเต็มที่ เป็นความสามารถในการตระหนักและตอบสนอง

๔. ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self – care deficit) โอเร็มได้ให้ความหมายว่า ความพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

๕. ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) โอเร็มได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วินิจฉัยความต้องการการดูแล และจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสที่จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

๖. ระบบการพยาบาล (nursing System) โอเร็มได้ให้ความหมายว่า เป็นปัจจัยภายในหรือภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สถานะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม ปัจจัยด้านระบบสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและแหล่งทรัพยากรที่บุคคลสามารถเข้าถึง

บทบาทพยาบาล

ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system)

- ๑.ตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดให้ผู้ป่วย
- ๒.ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
- ๓.ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายต่าง ๆ

ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system)

- ๑.ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างให้ผู้ป่วย
- ๒.ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
- ๓.ช่วยผู้ป่วยตามความต้องการ

บทบาทผู้ป่วย

- ๑.ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ซึ่งมีความสามารถพอที่จะปฏิบัติได้
- ๒.พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
- ๓.ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาลที่ดูแลให้การพยาบาล

บทบาทพยาบาลและบทบาทผู้ป่วย

- ๑.ให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองและคงความสามารถนั้นให้มีเสถียรภาพ
- ๒.ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ โดยเป้าหมายของการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม คือ การช่วยให้บุคคลสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีมากขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การดูแลในระยะเฉียบพลัน

แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองภายใน ๔.๕ ชั่วโมง

๑.จัดให้มีพยาบาล/เจ้าหน้าที่คัดกรอง/เวรเปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยทันทีที่ประเมินได้รวดเร็ว

๒.ซักประวัติและอาการสำคัญ

๒.๑ โรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใดอาการอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ๑ ใน ๕ อย่าง ดังนี้

๑.) การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

๒.) การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็น

๓.) การพูดผิดปกติ เช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

๔.) เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว

๕.) มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน และไม่เคยเป็นมาก่อน

๒.๒ ถ้าเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จะมีความสำคัญมากในการประเมินเพราะโดยปกติถ้าผู้ป่วย/ญาติแจ้งว่ามีอาการหลังตื่นนอน และไม่ทราบเวลาเข้านอนที่ชัดเจน จะไม่นับเป็นผู้ป่วย stroke fast track แต่ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการหลังตื่นนอนและทราบเวลาเข้านอนที่ชัดเจน และอยู่ในช่วงเวลาที่กำหนดก็สามารถเข้ากระบวนการ stroke fast track ได้ เช่น ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเวลา ๐๒:๓๐ น. แจ้งว่าตื่นนอนเวลา ๐๒:๐๐ น. พบมีอาการแขนขาชา อ่อนแรงข้างซ้ายและพูดไม่ชัด โดยได้เข้านอนตั้งแต่เวลา ๒๓:๐๐ น. เท่ากับผู้ป่วยรายนี้มีอาการแล้ว ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที ให้รับนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ stroke fast track แต่ถ้าในกรณีที่ไม่มีทราบเวลาที่แน่นอนชัดเจนให้ประเมินและใช้แนวทางรักษาตาม care map/ pathway ตามบริบทของหน่วยงาน หรือประเมินโดยใช้ Act FAST (F = face ปากเบี้ยวมุมปากตก A = arms อ่อนแรงแขนขา S = speech พูดไม่ชัดหรือพูดไม่เข้าใจ T = time ถ้ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งให้รับมาโรงพยาบาลทันที)

๓.การประเมินนอกจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวแล้วควรประเมินสภาพผู้ป่วยทั่วไป และการตรวจร่างกายอื่นๆ ได้แก่

๓.๑) สัญญาณชีพ (vital signs)

๓.๒) Basic life support

๓.๓) อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง กำลังแขนขา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๔) ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS)

๔.รายงานแพทย์ทันทีในกรณีดังต่อไปนี้

๔.๑. ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงดังนี้

๑.๑) การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

๑.๒) การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็น

๑.๓) การพูดผิดปกติ เช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกัก หรือพูดไม่ได้ หรือไม่เข้าใจคำพูด

๑.๔) เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว

๑.๕) มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน และไม่เคยเป็นมาก่อน

๔.๒. สัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ (ต้องรายงานภายใน ๔ นาที) ได้แก่

๑.๑) ระดับความดันโลหิต

-SBP > ๒๒๐ มิลลิเมตรปรอท

-DBP > ๑๒๐ มิลลิเมตรปรอท

๑.๒) ภาวะพร่องออกซิเจน $O_2\text{ Sat} < 92\%$ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะ cyanosis

๑.๓) ระดับความรู้สึกตัว GCS < ๑๐ คะแนน

๑.๔) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด < ๕๐ mg% หรือ > ๔๐๐ mg%

๔.๓. อาการอื่นๆ เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก ชัก เกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ

๕. ส่งตรวจวินิจฉัยโรคตามแผนการรักษา เช่น

๕.๑) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น DTX Coagulogram BUN / Cr เตรียม blood clot ๑ tube

๕.๒) ตรวจพิเศษ CT brain non contrast (ส่งตรวจภายใน ๑๐ นาทีและตามผลภายใน ๑๕ นาที) กรณีให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) ได้กำหนดระยะเวลาสำหรับการบริหารจัดการ การให้ยา rt-PA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและมาโรงพยาบาลภายใน ๔.๕ ชั่วโมง แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ แต่เนื่องจากยามีผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก ดังนั้นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากยาและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา แพทย์พิจารณาให้ยาจากหลักเกณฑ์ต่อไปนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อบ่งชี้

๑.มีอาการของหลอดเลือดสมองตีบ ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง (ในกรณีไม่ทราบเวลาที่เริ่มอาการอย่างชัดเจน หรือมีอาการหลังตื่นนอน ให้นับเวลาล่าสุดที่มีพยานยืนยันว่าเป็นปกติ เป็นเวลาที่เริ่มมีอาการ)

๒.อายุ > ๑๘ ปี

๓.ผล CT brain ไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง

ข้อห้าม

๑.ความดันโลหิตช่วงก่อนให้การรักษาส่ง (SBP $\geq$ ๑๘๕ มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP $\geq$ ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท) และไม่สามารถลดความดันโลหิตลงได้ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด

๒. CT brain พบมีสมองขาดเลือดมากกว่าขนาด ๑/๓ ของ cerebral hemisphere

๓.มีประวัติเลือดออกในสมอง หรือกะโหลกศีรษะ ใน ๓ เดือน

๔.มีอาการที่สงสัยว่ามีเลือดออกชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage)

๕.มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน ๓ เดือน

๖.มีประวัติได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยมีค่า prothrombin time $\geq$ ๑๕ วินาที หรือมีค่า international normalized ratio (INR) $\geq$ ๑.๗

๗.ได้รับยา heparin ภายใน ๔๘ ชั่วโมง และมีค่า partial-thromboplastin time (PTT) ผิดปกติ

๘. มีปริมาณเกร็ดเลือดน้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

๙.ตรวจร่างกายพบมีภาวะเลือดออก (active bleed)

๑๐., มีการแทงหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถกดได้ภายใน ๗ วัน

๑๑. มีระดับน้ำตาลในเลือด $\leq$ ๕๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (๒.๗ มิลลิโมล/ลิตร)

๑๒.อาการทางระบบประสาทดีขึ้นอย่างรวดเร็วจนเกือบเป็นปกติ หรือมีอาการอย่างเดียว ไม่รุนแรงเช่น แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย NIHSS น้อยกว่า ๔ ยกเว้น Aphasia หรือมี hemianopia

๑๓.มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน ๑๔ วัน

๑๔.มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน ๒๑ วัน

๑๕.อาการชักตอนเริ่มมีอาการร่วมกับอ่อนแรงหลังชัก (Todd paralysis)

๑๖.มีประวัติ recent myocardial infarction ภายใน ๓ เดือน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อห้ามเพิ่มเติมกรณีให้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการระหว่าง ๓-๔.๕ ชั่วโมง

๑. มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) โดยไม่พิจารณาค่า INR
๒. มีอายุมากกว่า ๘๐ ปี
๓. เป็นเบาหวานร่วมกับเคยมีโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมาก่อน
๔. NIHSS > ๒๕

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเฉียบพลัน

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)

๑. ก่อนให้ยา

๑.๑ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการให้ยาก่อนเซ็นต์
ใบยินยอมทำการรักษา

๑.๒ เจาะเลือดส่งตรวจ ได้แก่ CBC, Blood Sugar, Electrolyte, BUN, Cr, Coagulogram, PTT, INR, Clot blood พร้อมเปิดหลอดเลือดดำ ๒ เส้น โดยเส้นหนึ่งให้ ๐.๙% NSS อีกเส้นหนึ่งให้ on lock เตรียมไว้สำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด ประสานและส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมอง

๑.๓ ตรวจ EKG ๑๒ lead (อาจทำหลังให้ยา)

๑.๔ ตรวจ X-Ray ปอด (อาจทำหลังให้ยา)

๒. การเตรียมและการให้ยา

๒.๑ คำนวณปริมาณยาที่จะให้จากน้ำหนักตัว ขนาดที่ให้คือ ๐.๙ มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว

๑ กิโลกรัม ปริมาณสูงสุดที่ให้ต้องไม่เกิน ๙๐ มิลลิกรัม /ซีซี

๒.๒ ผสมยาใน sterile water (ยาไม่ละลายในส่วนผสมที่มี Dextrose) โดยให้สารละลายที่ผสมแล้วมีความเข้มข้น ๑ มิลลิกรัม /ซีซี

๒.๓ ดูดสารละลายที่ผสมแล้วมาร้อยละ ๑๐ ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน ๑ นาที และส่วนที่เหลือร้อยละ ๙๐ หยดเข้าทางหลอดเลือดดำนานไม่น้อยกว่า ๑ ชั่วโมง

๒.๔ ยาที่ผสมแล้วถ้าเหลือจากการคำนวณต้องเก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ ๒-๘ องศาเซลเซียส และถ้าไม่ใช้ภายใน ๒๔ ชั่วโมงต้องทิ้ง

๒.๕ ขณะหยดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจะต้องไม่ให้ยาชนิดอื่นเข้าทางสายให้สารน้ำ
เดียวกัน

๓. การพยาบาลขณะให้ยา

๓.๑ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาใน ICU หรือ Stroke unit

๓.๒ ให้ออกซิเจนสูง ๑๕-๓๐ องศา

๓.๓ ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ๒๔ ชั่วโมง

๓.๔ งดน้ำและอาหารยกเว้นยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๕ วัดสัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาท

- ทุก ๑๕ นาที x ๒ ชั่วโมง
- ทุก ๓๐ นาที x ๖ ชั่วโมง
- ทุก ๑ ชั่วโมง x ๑๖ ชั่วโมง
- ทุก ๔ ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว

๓.๖ ให้ออกซิเจน canular ๒-๔ ลิตรต่อนาที keep $O_2 Sat > 92\%$

๔. การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกหลังให้ยา rt-PA ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๔.๑ ควรดกกิจกรรม ดังต่อไปนี้

- งดให้ยา anticoagulant /antiplatelet ทุกชนิด
- ห้ามใส่ NG tube
- งดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line)
- งดเจาะ Arterial Blood Gas หรือ เจาะหลอดเลือดแดง
- หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน ๓๐ นาที หลังให้ยา

๔.๒ ควรให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา

๔.๓ สังเกตอาการผิดปกติจากการให้ยา เช่น เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ มีจ้ำเลือดบริเวณที่แทงน้ำเกลือ รอยเจาะเลือด สังเกตสีของปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียนที่ออกมา

๕. กรณีที่สงสัยว่ามีเลือดออกในสมอง เช่น ปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างฉับพลัน สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงฉับพลัน หรือบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรปฏิบัติดังนี้

- ๕.๑ หยุดให้ยา rt-PA และรายงานแพทย์ทันที
- ๕.๒ เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency
- ๕.๓ เจาะเลือดตรวจ CBC, Plt, INR, PTT, PT
- ๕.๔ เตรียมให้ FFP ประมาณ ๑๐ cc/kg ตามแผนการรักษา

๖. แนวทางการให้ยารักษาความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลัน การให้ยาลดความดันโลหิต จะไม่ให้ยาที่ลดความดันโลหิตอย่างรวดเร็ว เช่น Nifedipine อมใต้ลิ้นเพราะจะทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงผู้ป่วยจะมีอาการสมองขาดเลือดจากความดันโลหิตได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖.๑ กรณีที่ความดันโลหิต DBP มากกว่า ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท

- ให้ยา sodium nitroprusside ขนาด ๐.๕ ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที ทางหลอดเลือดดำ
- ให้ยา nitroglycerine ขนาด ๕ มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามด้วยหยดต่อทางหลอดเลือด

ดำ ๑-๔ มิลลิกรัม

๖.๒ กรณีที่ความดันโลหิต SBP > ๒๒๐ มิลลิเมตรปรอทหรือ DBP อยู่ระหว่าง ๑๒๐-๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท

- ให้ยา Captopril ขนาด ๖.๒๕-๑๒.๕ มิลลิกรัมทางปาก
- ให้ยา Nifedipine หยดทางหลอดเลือดดำ ขนาด ๕-๑๕ มิลลิกรัมต่อชั่วโมง
- ให้ยา Labetalol ขนาด ๑๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ใน ๑-๒ นาที และสามารถให้ซ้ำได้ ทุก ๆ ๑๐-๒๐ นาที โดยที่ให้ได้ไม่เกิน ๓๐๐ มิลลิกรัม หรือให้หยดทางหลอดเลือดดำที่ ๒-๘ มิลลิกรัมต่อนาที

๖.๓ กรณีให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic treatment) และมีความดันโลหิตมากกว่า ๑๘๕/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท

- ให้ยา Nifedipine หยดทางหลอดเลือดดำ ขนาด ๕ มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และค่อยๆ เพิ่มที่ละ ๒.๕ มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ทุก ๕-๑๕ นาที โดยให้ยาสูงสุดไม่เกิน ๑๕ มิลลิกรัมต่อชั่วโมง
- ให้ยา Labetalol ขนาด ๑๐-๒๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ๑-๒ นาที สามารถให้ซ้ำได้อีก ๑ ครั้ง

- ให้ยา Nitropaste ๑-๒ นิ้ว แปะผิวหนัง

๗. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

๗.๑ ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ดูแลไม่ให้น้ำตาลสูงเกิน ๑๕๐ mg% เพราะถ้าระดับน้ำตาลสูงมากจะไปทำลายสมองทำให้บริเวณสมองมีเนื้อตายเพิ่มขึ้น

๗.๒ หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มี dextrose เป็นส่วนผสม

๗.๓ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ lead และ monitor EKG

การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อพ้นภาวะเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพ

๑. กิจกรรมพยาบาลในการป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ

๑.๑ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

๑.๒ สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอด หากผิดปกติ และผู้ป่วยหายใจได้เองไม่ได้หรือไม่เพียงพอ รายงานแพทย์

๑.๓ ดูแลและเฝ้าระวังการสูดสำลักอาหาร และน้ำ

๒. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันอุบัติเหตุจากการชักเกร็งกระตุก

๒.๑ เตรียมอุปกรณ์สำหรับแก้ไขในภาวะผู้ป่วยเกิดอาการชักได้แก่ oropharyngeal airway และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ๒.๒ เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อหลอดลมคอให้พร้อมใช้งานได้ทันที
- ๒.๓ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามแผนการรักษาของแพทย์
- ๒.๔ สังเกตและบันทึก ลักษณะการชัก ระยะเวลา และระดับความรู้สึกตัวในขณะที่เกิดการชัก ให้
ออกซิเจน และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง
- ๒.๕ หลังจากให้การพยาบาลเสร็จทุกครั้งต้องยกที่กั้นเตียงทั้ง ๒ ข้าง
๓. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะช็อค
 - ๓.๑ สังเกตและบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบายและแผลผ่าตัด
 - ๓.๒ สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง และทุก ๑ ชั่วโมง ตาม
สภาพอาการของผู้ป่วย ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงลงให้รายงานแพทย์ทราบ
 - ๓.๓ ติดตามผลการเจาะ Hematocrit ตามแผนการรักษา ถ้า $< 30\%$ รายงานแพทย์ทราบ
 - ๓.๔ วัดและบันทึกความดันเลือดดำส่วนกลาง (CVP) ทุก ๑ ชั่วโมง (ถ้ามี)
 - ๓.๕ บันทึกปริมาณสารน้ำและเกลือแร่ที่เข้า และออกจากร่างกายทุก ๑ หรือ ๘ ชั่วโมง
ตามแผนการรักษาหรือสภาพผู้ป่วย
๔. กิจกรรมพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ
 - ๔.๑ มือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
 - ๔.๒ วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก ๔ ชั่วโมง
 - ๔.๓ สังเกตบันทึก ลักษณะ ปริมาณ สี และกลิ่นของสิ่งคัดหลั่งจากแผลและน้ำไขสันหลัง
 - ๔.๔ ดูแลให้แผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลแห้งและสะอาดอยู่เสมอ เปลี่ยนและทำแผลในกรณีที่แผล
มีสารคัดหลั่งซึมมาก โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ
 - ๔.๕ ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ
 - ๔.๖ กรณีใส่สายสวนปัสสาวะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ
 - ๔.๗ ติดตามผลการส่งเพาะเชื้อสิ่งคัดหลั่งจากแผลเสมหะน้ำไขสันหลังและปัสสาวะตามแผนการ
รักษา
 - ๔.๘ ให้ยาตามแผนการรักษา
๕. กิจกรรมพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติตนได้ตามศักยภาพ
 - ๕.๑ สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ในเรื่อง
 - ๕.๑.๑ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย
 - ๕.๑.๒ การรับประทานอาหาร/การให้อาหารทางสายยาง
 - ๕.๑.๓ การพลิกตะแคงตัว และการจัดท่านอนที่ถูกต้อง
 - ๕.๑.๔ การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive Exercise
 - ๕.๑.๕ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียง
 - ๕.๒ ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่
 - ๕.๓ ให้ความช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ
๖. กิจกรรมการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและ
ปัญหาทางเศรษฐกิจ
 - ๖.๑ แนะนำพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ และกฎระเบียบต่างๆ ของโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยแจ้งให้
ผู้ป่วยทราบถึง สถานที่ วัน เวลาทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖.๒ อธิบายให้ทราบถึงภาวะโรคที่เป็นอยู่ และการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลเป็นระยะ ๆ

๖.๓ ใช้คำพูดที่ชัดเจน อ่อนโยน เรียกขานด้วยถ้อยคำที่น่าฟัง มีท่าทียิ้มแย้มแจ่มใสแสดงความสนใจและจริงใจต่อผู้ป่วย

๖.๔ อธิบายให้ญาติและผู้มาเยี่ยมงดการพูดคุยในเรื่องที่เพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย

๖.๕ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและระบายความรู้สึก โดยให้เวลาไม่เร่งรีบที่จะรับฟังสิ่งที่รู้สึกกังวล

๖.๖ แนะนำแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

๗. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมและเตรียมความพร้อมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

๗.๑ ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ในการให้อาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียง ไปที่เก้าอี้ เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

๗.๒ สอนและฝึกผู้ป่วย/ ญาติ/ ผู้ดูแล (care giver) เกี่ยวกับ

- การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดทั้งชนิดอาหารที่ควรได้รับหรือหลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย

- จัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ขณะรับประทานอาหารไม่เมื่อยล้า

- ลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารเพราะจะทำให้ความสนใจของผู้ป่วยในการรับประทานอาหารลดลง

- จัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้

- ควรให้อาหารอ่อนนุ่มและไม่มีน้ำมัน เป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ถ้าอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาว ความตืดให้สั้นเพื่อให้กลืนได้สะดวก

- แนะนำวิธีกลืนให้กระทำเป็นจังหวะขณะรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วย

- หลังรับประทานอาหารให้ดื่มน้ำทุกครั้งใช้หลอดดูดหรือใช้ช้อนป้อน และให้ดื่มครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

๗.๓ กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน

- สอนและแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน

- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรงประมาณ ๙๐ องศา และจัดศีรษะตั้งตรงขณะรับประทานอาหาร และจัดศีรษะตั้งตรง

- ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเหลวได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำโดยใช้หลอดดูด

- ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางจะต้องฝึกทักษะให้กับญาติ

ผู้ดูแลรวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม

๗.๔ สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำหรือเช็ดตัวการสวมใส่หรือ ถอดเสื้อผ้า ถอดรองเท้า ฯลฯ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗.๕ สอนและฝึกผู้ป่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้นโดย

- สอนและแนะนำผู้ป่วย/ญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ active-passive exercise
- สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแขน – ขาข้างที่อ่อนแรงอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง
- ในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย
- ดูแลให้ระดับกระดูกแขน – ขา ข้างที่อ่อนแรงทุกครั้งผู้ป่วยทำกิจกรรม
- ไม่ควรดึงแขน ขาข้างที่อ่อนแรง เวลาเคลื่อนย้ายหรือจับผู้ป่วยลุกนั่ง
- แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยง การนั่งห้อยขาหรืออ่เข้า เป็นเวลานาน ๆ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่างๆ
- จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบ อุปกรณ์และของใช้

๘. การพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

๘.๑ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

๘.๒ อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

๘.๓ อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น

- ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน
- แขน ขา อ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น
- มีความผิดปกติของสายตามากขึ้น
- ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น
- พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น

๘.๔ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

๘.๕ สอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการทำความสะอาดร่างกาย

๘.๖ เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้ความเวลาในการซักถามและทำความเข้าใจ

๙. การพยาบาลในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร

๙.๑ ประเมินความสามารถการสื่อสารของผู้ป่วย เช่น พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสาร

- ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” เช่น คุณรู้สึกร้อนใช่ไหม

ถามคำถามตรงกันข้าม เช่น คุณรู้สึกหนาวใช่ไหม เป็นการตรวจสอบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน

- ถามคำถามที่สั้นและง่ายและแสดงลักษณะท่าทางประกอบ

- ผู้ประเมินหรือสหสาขาควรยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้หรืออยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถเห็นได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ประเมินการเขียนตามคำพูดโดยให้ผู้ป่วยลองเขียนบนกระดาน
- ประเมินความเข้าใจจากภาพโดยให้ผู้ป่วยสื่อความหมายจากภาพที่มองเห็น

๙.๒ ส่งปรึกษานักแก้ไขการพูด (ถ้ามี) เพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการสื่อสารและวางแผนการฟื้นฟูสภาพ

๙.๓ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ พูดลำบาก พูดไม่ชัด (Broca's aphasia หรือ dysarthria) ให้ปฏิบัติดังนี้

- ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรก หรือกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย
- บรรยากาศในการสื่อสารควรจะสงบเงียบ
- ผู้สนทนาควรมีท่าที่สงบ ผ่อนคลายและเป็นกันเอง
- ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยหาคำที่จะพูดหรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง
- ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร
- ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย
- ไม่ควรถามคำถามโดยไม่รอคำตอบ
- ผู้สนทนาไม่ควรพูดตะโกนหรือเสียงดัง ควรใช้เสียงพูดที่เป็นปกตินุ่มนวล อ่อนโยนเพราะผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียการได้ยิน
- สนทนาแต่ละครั้งควรใช้ผู้สนทนาเพียงคนเดียว เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการตอบสนองกับผู้พูดหลายคนหรือคำพูดที่ใช้หลากหลาย
- ขณะสื่อสารผู้สนทนาควรสบตาและพูดกับผู้ป่วยโดยตรง
- ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ในการสื่อสารหรืออธิบายความหมาย
- ก่อนสนทนา หรือสื่อสารควรให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเกินไป
- เตรียมอุปกรณ์ รูปภาพต่าง ๆ ไว้ในขณะที่สื่อสารเพราะถ้าผู้ป่วยมีความลำบากที่จะพูดอาจใช้การชี้ที่รูปภาพแทน
- กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดซ้ำ ๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้นๆ ชัดถ้อยชัดคำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาหรือสื่อสารและตอบคำถามเบื้องต้นด้วยคำว่า ใช่ หรือ ไม่
- ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติบ่อย ๆ โดยเฉพาะการใช้ภาษาที่พยาบาลไม่คุ้นเคย

๙.๔ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร (Wernicke's aphasia)

ควรปฏิบัติดังนี้

- พยาบาลหรือผู้ที่ต้องการจะสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยมองเห็นริมฝีปาก และการแสดงท่าทางของผู้ที่จะสื่อสารชัดเจน

- ในการสื่อสารใช้ท่าทางหรือการแสดงออกทางสีหน้าประกอบการพูด
- ใช้เสียงพูดที่เป็นปกติ พูดช้า ๆ ชัดถ้อย ชัดคำและเป็นภาษาที่ใช้ประจำ
- ไม่ควรถามคำถามหลายอย่างในเวลาเดียวกัน
- หลีกเลี่ยงการสนทนาที่เป็นเรื่องการออกความคิดเห็น โต้แย้ง หรือใช้อารมณ์

๑๐. การพยาบาลในกรณี ที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

๑๐.๑ ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ ดังนี้

- กระตุ้นให้มีการขับถ่ายปัสสาวะ โดยใช้หมอนอน ทุก ๒ ชั่วโมง และค่อยๆขยายเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะออกไป ในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ รายงานแพทย์
- กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ ซีซี (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) แต่ไม่ควรดื่มปริมาณมากก่อนนอน อาจจะทำให้ปัสสาวะช่วงนอนหลับ ทำให้รบกวนแบบแผนการนอน
- ประเมินความสมดุล โดยบันทึกจำนวนน้ำเข้า - น้ำออก
- หลีกเลี่ยงการคายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อหรือใช้วิธี

intermittent catheterization

- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่คายสวนปัสสาวะอย่างน้อย วันละ ๒ ครั้ง

๑๐.๒ ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระดังนี้

- กระตุ้นให้ขับถ่ายอุจจาระ โดยใช้หมอนอนหลังอาหารเช้า ๓๐ นาทีทุกวัน หรือแล้วแต่กิจวัตรของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำได้ ให้พาเข้าห้องน้ำ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ ซีซี (ถ้าไม่มีข้อห้าม) และอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยในการขับถ่าย
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระเกิน ๓ วัน ให้ยาระบายอ่อนๆ ตามแผนการรักษา

๑๑. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคงภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่

๑๑.๑ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา

๑๑.๒ ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน หรือ อาการที่บ่งบอกถึงภาวะโปแตสเซียมสูงได้แก่ ซึม สับสน ขา ตะคริว ชีพจรเต้นเร็ว ควรรีบรายงานแพทย์

๑๑.๓ ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโซเดียมต่ำได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็ง อาการชัก ไม่รู้สึกตัวหรืออาการที่บ่งบอกถึงภาวะโซเดียมสูงได้แก่ สับสน บวม ปัสสาวะออกน้อย ปากแห้ง รายงานแพทย์

๑๑.๔ ติดตามผลเกลือแร่ ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งรายงานแพทย์

๑๑.๕ บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก ๘ ชั่วโมงตามแผนการรักษา

๑๒. การพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๑๒.๑ ประเมินและบันทึกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden scale

๑๒.๒ ดูแลความสะอาดร่างกาย ไม่ให้มีการอับชื้น

๑๒.๓ กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่รู้สีกตัว พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง อย่างนุ่มนวล สังเกตรอยแดงตามปุ่มกระดูก

๑๒.๔ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหาร อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา

๑๒.๕ ใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

การวางแผนการจำหน่าย

แผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

๑. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย

๑.๑ Vital signs, Neurological signs

๑.๒ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑.๓ ประเมินกิจวัตรประจำวัน (โดยใช้ Barthel Index หรือ Modified Rankin scale: mRs)

๑.๔ สภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๕ ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร งดอาหารเค็ม อาหารประเภทไขมัน การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

๑.๖ ประเมินความบกพร่องด้านการสื่อสาร ความผิดปกติด้านการรับรู้

๑.๗ การควบคุมการขับถ่าย

๑.๘ การเคลื่อนไหว การป้องกันการพลัดตกหกล้ม

๑.๙ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น

๒. การประเมินความพร้อมของครอบครัว และผู้ดูแลหลัก (care giver)

๒.๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาของแพทย์ การดำเนินของโรค

๒.๒ ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์และเศรษฐกิจ

๒.๓ การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย

๒.๔ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม

๒.๕ ด้านความเชื่อ ค่านิยม

๓. วางแผนการให้ความรู้การฝึกทักษะที่จำเป็นกับผู้ป่วยครอบครัวและ care giver รวมทั้งค้นหา secondary care giver ก่อนจำหน่ายให้ครอบคลุม โดยใช้หลัก M-E-T-H-O-D

๔. เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งเตรียมปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม

๕. ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อเตรียมและวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๖. ส่งต่อและประสานเครือข่ายเพื่อติดตามการดูแลที่บ้าน

๗. ให้นิยามยินยอมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๘. ติดตามผู้ป่วยมาตามนัดรวมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

ภาวะแทรกซ้อน

โรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว หรือส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สมองขาดเลือด และขึ้นอยู่กับบริเวณสมองที่ได้รับผลกระทบ

1. อัมพาตผู้ป่วยอาจจะเกิดอัมพาตส่วนใดส่วนหนึ่งบนร่างกาย หรือไม่สามารถขยับกล้ามเนื้อบนใบหน้า อาการอาจจะเกิดขึ้นบริเวณด้านใดด้านหนึ่งของใบหน้าหรือแขน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2. ปัญหาการพูดหรือการกลืนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองคือผู้ป่วยจะมีปัญหาในการพูด การกลืน หรือการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยจะพบปัญหาด้านภาษาอย่างเช่นการพูดคุ้ย การพยายามทำความเข้าใจคำพูดของคนอื่น การอ่านและการเขียนหนังสือ

3. สูญเสียความทรงจำหรือปัญหาเกี่ยวกับสมองโดยทั่วไปผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดอาการสูญเสียความทรงจำ ผู้ป่วยบางคนอาจจะพบปัญหาเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ หรือการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ

4. อารมณ์แปรปรวนผู้ป่วยจะพบปัญหาในการบริหารอารมณ์ และมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

5. เจ็บปวดหรือชาบริเวณร่างกายผู้ป่วยจะรู้สึกปวด หรือชาบนร่างกาย โดยเฉพาะส่วนที่ได้รับผลกระทบจากโรค

หลอดเลือดสมอง ยกตัวอย่างเช่นหากโรคส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกในแขนด้านซ้าย ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกเจ็บแปล็บแขนด้านดังกล่าว

6. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและเกิดการทอดทิ้งตัวเอง (Self-neglect) โรคอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มมีการปลีกแยก

จากสังคม และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการดูแลตัวเองและทำกิจวัตรประจำวัน

การรักษา

๑. การใช้ยาเพื่อการรักษา

แพทย์จะทำการสั่งยาเหล่านี้ เพื่อช่วยลดโอกาสการกำเริบของโรคหลอดเลือดสมอง

๑.๑ ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet)

๑.๒ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant)

๑.๓ ยาลดไขมัน (statin)

๑.๔ ยาลดความดันโลหิต

๑.๕ ยารักษาโรคเบาหวาน

๓.๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดที่คอตีบรุนแรง (severe carotid stenosis) และมีอาการของสมอง

ขาดเลือดแพทย์จะรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อนำเอาส่วนของไขมันที่หลอดเลือดออกมา(carotid endarterectomy) หรือการใส่ขยายหลอดเลือดที่ตีบและใส่ขดลวด (carotid angioplasty and stenting)

๓.๖ การพยาบาลเฉพาะโรคที่ศึกษา

การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองแตก

หากมีอาการภาวะหลอดเลือดสมองแตก มีการพิจารณาการรักษา ดังนี้

๑.๑ การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

๑.๒ การผ่าตัดสมอง

๑.๓ ในกรณีที่เกิดจากหลอดเลือดโป่งพอง พิจารณาการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดและใส่ขดลวด (coiling)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๔ โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (cerebral arteriovenous malformation) พิจารณาการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดและใช้สารอุดหลอดเลือดที่ผิดปกติ (transarterial/venous embolization) หรือ radiosurgery

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยมีอัตราการตายเป็นอันดับสองของประชากรโลก รองจากโรคหัวใจ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๕ ล้านคนทั่วโลก ซึ่ง ๕ ล้านคน มีความพิการถาวร และอีก ๕ ล้านคน เสียชีวิต โดย ๒ ใน ๓ เกิดในประเทศกำลังพัฒนา และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า ในประเทศไทย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข รายงานสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๓ ในประชากรไทย รองมาจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ โรคนี้ถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า นอกจากจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแล้ว หากรอดชีวิตอาจมีความพิการหลงเหลือตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจโดยรวม

ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการ การวินิจฉัยและการรักษาโดยรีบด่วนตามแนวทาง Stroke fast track เพื่อลดการเสียชีวิตและความพิการซึ่งสถิติผู้ป่วยStrokeที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ มีจำนวนมากขึ้นจาก ๑๔ รายในปี ๒๕๖๔ เป็น ๑๙ รายในปี ๒๕๖๕ และ ๒๖ ราย ในปี ๒๕๖๖ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๖ มี ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระบบ Stroke fast track เพียงร้อยละ ๔๕ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองให้ได้รับการพยาบาลที่รวดเร็วและปลอดภัย

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันระยะแรกรับและส่งต่อ

๒. เพื่อศึกษาปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

๓. เพื่อพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๓ เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ลดระยะเวลาในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๔ สรุปสาระ

ผู้ป่วยชายอายุ ๔๕ ปี เข้ารับการรักษาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๐.๐๕ น.วันที่จำหน่ายโดยการส่งต่อโรงพยาบาลศิริราชวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๐.๓๘ น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ออกรับ EMS แขนขวาอ่อนแรงลั่นแข็ง พุดไม่ชัด ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (เวลา ๒๓.๐๐ น.)ญาติให้ประวัติว่าได้ยินเสียงอืออา ออกมาพบ

ผู้ป่วยนอนบนพูกนอน ถามไม่ตอบ ขยับแขนขาไม่ได้ ไม่มีชัก เกร็งกระตุก ปัสสาวะ ๑ ครั้ง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ๕ ปีก่อน ความดัน เบาหวาน

การตรวจร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยลืมตาได้เอง แขนขวาอ่อนแรง พุดมีเสียงอืออา Glasgow Coma Scale E๔V๑M๖= ๑๑ คะแนน DTX=๑๗๔ mg% BT=๓๖.๕ องศาเซลเซียส BP=๑๗๗/๑๐๔ mmHg P=๘๖ ครั้ง/นาที R=๒๒ ครั้ง/นาที O๒=๙๘% RA Lung Clear, no cyanosis Motor gr. Rt.๐/๐ Lt.๔/๔, Pupil ๒ mm RTLBE นำส่งโรงพยาบาล บางบัวทอง ๒ แพทย์ประเมิน Stroke fast track ส่งตามระบบ Siriraj mobile stroke

โรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน ไขมัน ไตรระยะ ๕ ไม่ล้างไต (ขาดยาไม่รักษาต่อเนื่อง)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รับประทานต่อเนื่อง เบาหวานปฏิเสธการฉีดยาเบาหวาน ไตวายระยะ ๕ ปฏิเสธการล้างไต

ประวัติการเสพยาเสพติด สูบบุหรี่ ปฏิเสธการดื่มสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธ

การแพ้ยาและอาหาร : ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร

ประวัติการผ่าตัด: ปฏิเสธ

แบบแผนการดำเนินชีวิต

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดัน ไขมัน ไตรระยะ ๕ ไม่รับประทานต่อเนื่อง สูบบุหรี่เฝ้าจาก ๕ ปี กินใบกระท่อม

แบบแผนที่ ๒ ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญของร่างกาย

ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ/วัน ไม่รับประทานอาหารเฉพาะโรค ดื่มน้ำวันละ ๔-๖ แก้วต่อวัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

ปัสสาวะวันละ ๓ ครั้ง ไม่มีปัญหาการขับปัสสาวะ ไม่แสบขัด อุจจาระ วันละ ๑-๒ ครั้ง

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติแต่ไม่ออกกำลังกาย

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

พักผ่อนนอนหลับ วันละ ๘ - ๑๐ ชั่วโมง ไม่ใช้ยานอนหลับ

แบบแผนที่ ๖ การรับรู้ความรู้สึกและการใช้สติปัญญา

ก่อนเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ การได้ยินปกติ การรับรสและการสัมผัสปกติ

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ปกติ

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและความสัมพันธ์

ปัจจุบันอยู่กับน้องชายและน้องสาว ไม่ได้แต่งงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านปกติ

แบบแผนที่ ๙ ภาวะทางเพศและการเจริญพันธุ์

ปกติ

แบบแผนที่ ๑๐ การจัดการและการทนต่อความเครียด

เมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจ จะพูดคุยกับบุตรปรึกษาหารือกับน้องชาย

แบบแผนที่ ๑๑ ค่านิยมและความเชื่อ

นับถือศาสนาอิสลาม

การประเมินสภาพร่างกายทั่วไปและการตรวจร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยลืมตาได้เอง แขนขาอ่อนแรง พูดมีเสียงอ้อแอ้ Glasgow Coma Scale E๔V๒M๖= ๑๒ คะแนน
DTX=๑๗๔ mg% BT=๓๖.๕ องศาเซลเซียส BP=๑๗๗/๑๐๔ mmHg P=๘๖ ครั้ง/นาที R=๒๒ ครั้ง/นาที
O๒=๙๘% RA Lung Clear, no cyanosis Motor gr. Rt.๐/๐ Lt.๔/๔, Pupil ๒ mm RTLBE นำส่งโรงพยาบาล
บางบัวทอง ๒ แพทย์ประเมิน Stroke fast track ส่งตามระบบ Siriraj mobile stroke Unit

น้ำหนัก ๙๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๕ เซนติเมตร BMI ๒๙.๓๙ kg/m^๒

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตรวจร่างกายทั่วไป

ศีรษะ	ลักษณะปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีบวมโน
ใบหน้า	สีผิวเหลือง ซีกขวาเบี้ยวเล็กน้อย ไม่มีแผล
ตา	ลืมตาได้เอง pupil ๒ mm react to light both eye not pale
หู	รูปร่างปกติ อยู่ในระดับเดียวกันทั้ง ๒ ข้าง ไม่มีแผล ไม่มี discharge ซึม
จมูก	รูปร่างปกติ มีแผลบริเวณปลายจมูก ไม่มี discharge ซึม
ปาก	ปากเบี้ยวซีกขวาเล็กน้อย
คอ	อยู่ในแนวตรง ไม่มีบาดแผล
ทรวงอก	รูปร่างเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง การขยายตัวเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที
ปอด	ปกติ ฟังเสียงปอดเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง
หัวใจ	การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตรา ๘๖ ครั้งต่อนาที ไม่มี murmur
ท้อง	หน้าท้องปกติ ไม่มีแผล คลำไม่พบก้อน การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ
แขนขา	ไม่มีบาดแผล motor power right side grade ๐ left side grade ๔
ผิวหนัง	ปกติ

การตรวจทางระบบประสาท รู้สึกตัวดี (Glasgow coma score) = E_๔ V_๑ M_๖ pupil ๒ mm react to light
motor power right side grade ๐ left side grade ๔

การตรวจพิเศษ

CT Brain Mobile ๓/๐๗/๖๖ : Hyperdense lesion at Lt basal ganglia volume ๖๗ ml with shift ๑.๒ cm

EKG (๓/๐๗/๖๖): normal sinus rhythm rate ๘๐ bpm

การวินิจฉัยโรค Basal ganglia hemorrhage

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ ๑ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC	ผลที่ได้	ค่าปกติ
WBC	๑๓๐๐๐	๔๐๐๐-๑๐๐๐๐
RBC	๑๗.๗ UL	๔.๐๐ - ๖.๐๐
Hb	๗.๕ g/dl	๑๒.๕-๑๔.๔
Hct	๒๓.๓%	๔๒-๕๒
Plt	๑๙๖๐๐๐ ul,	๓๕๐๐๐-๔๕๐๐๐
Neutrophil	๕๗.๕	๕๐-๗๐
Lymphocyte	๒๑.๓	๒๐-๔๐
Monocyte	๓.๘	๓.๐๐-๑๒.๐๐
Eosinophil	๑๖.๙	๐.๕-๕.๐
Basophil	๐.๕	๐.๐-๑.๐
MCV	๗๓.๐	๘๐-๑๐๐
MCH	๒๓.๕	๒๗-๓๔
MCHC	๓๒.๒	๓๒-๓๖
Biochemistry		
BUN	๖๔.๖	๘ - ๒๖ %
Creatinine	๑๐.๖๔	๐.๙ - ๑.๓ mg %
eGFR	๕.๐๔	ML/min/๑.๗๓m๒
Sodium	๑๓๔	๑๓๕ - ๑๔๔ meq / L
Potassium	๓.๑	๓.๖ - ๕.๑ meq / L
Chloride	๑๐๐	๙๘ - ๑๐๖ meq / L
Carbondioxide	๑๔	๒๕ - ๓๒ meq / L
Glucose	๒๑๖	๗๐ - ๑๐๐ mg %
HbA๑c	๕.๓	๔-๖.๐ %
Anion gap	๒๐	๑๐-๑๗ mmol/L
Cholesterol	๑๐๖	<๒๐๐ mg/dl
TG	๙๗	<๑๕๐ mg/dl
HDL	๓๙	๔๐ - ๖๐ mg/dl
LDL	๕๓.๖	<๑๐๐ mg/dl
Biochemistry	ผลที่ได้	ค่าปกติ
AST	๑๔	๐-๔๐
ALT	๑๑	๐-๔๑
ALP	๑๒๕	๔๐-๑๒๙

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปอาการระยะแรกเริ่ม

แรกเริ่ม ณ จุดเกิดเหตุ วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๐.๐๕ น. ศูนย์รับแจ้งเหตุได้รับแจ้งจากญาติทางโทรศัพท์ ๑๖๖๙ แจ้งว่ามีผู้ป่วยชายอายุ ๔๖ ปี มีอาการ แขนขวาอ่อนแรงลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เวลา ๒๓.๐๐ น. เมื่อรถ EMS ออกถึงบ้านผู้ป่วยประมาณ ๒๓.๕๐ น. พยาบาลออกเหตุได้ตรวจร่างกาย วัด vital signs BP= ๑๘๕/๑๐๑ mmHg P=๘๖ ครั้ง/นาที R =๒๒ ครั้ง/นาที O๒ Sat=๙๘% RA เจาะ DTX=๑๗๔ mg% นำผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉิน วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๐.๐๕ น. พิจารณาเป็น Stroke fast track ให้การรักษาพยาบาลดังนี้

- On IV ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ cc/hr
- ส่ง Lab CBC BUR Cr Elyte DTX
- EKG ๑๒ Lead
- จัดทำนอนศีรษะสูง ๓๐ องศา
- ประเมิน NIHSS=๑๗ คะแนน
- แพทย์ Dx. Stroke ส่งตามระบบ mobile stroke Unit

ตารางที่ ๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะดูแลผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการ
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต ๑.มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมองเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง ข้อมูลสนับสนุน ๑.ผู้ป่วยไม่รู้สติ แขนขาอ่อนแรงลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ๒.ความดันในกะโหลกศีรษะสูง BP=๑๗๗/๑๐๔ mmHg P=๘๖ ครั้ง/นาที วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	๑.ไม่มีอาการแสดงของสมองบวม ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ๒.ระดับความรู้สึกตัวปกติ ๓.สัญญาณชีพปกติ, BPลดลง< ๑๘๐/๑๐๐ mmHg	๑.ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และทำให้มีความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้น ๒.จัดศีรษะสูงให้ตรงยกสูง ๓๐ องศาและระวังไม่ให้คอหักพับงอเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มการไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง ๓.ประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียวซีด ๔.สังเกตและบันทึกอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเช่น pulse pressure เพิ่มขึ้น อาเจียนรุนแรง ชัก เกร็ง ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ๕. Monitor EKG ติดตามและบันทึกการเต้นของหัวใจทุก ๑๕ นาที ๖.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕-๓๐ นาทีให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือชีพจร ๖๐-๑๐๐ ครั้ง/นาที	๑.ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale E๔V๒ M๖ =๑๒ คะแนน ๒.ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนไม่มาเวริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียวซีด ๓.ไม่มีอาการชักเกร็ง ๔.ความดันกะโหลกศีรษะลดลง Pulse pressure แคบลงเหลือ ๖๐ ไม่มีอาเจียนพุ่งหรือการหายใจที่ผิดปกติ ๕.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ชีพจร๙๐ ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ความดันโลหิต ๑๖๐/๑๐๐ mmHg

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต (ต่อ)		ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๑๐/๗๐-๑๖๐/๙๐ mmHg ๗. ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นทุกระยะ ๑๕-๓๐ นาที ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมลง Glasgow Coma Scale <๘ รายงานแพทย์ ๘. ดูแลให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ cc. IV Drip ๑๐๐ cc/hr ๙. ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับอาการสัญญาณชีพและการให้การพยาบาลในการส่งต่อเพื่อให้ญาติคลายความกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย	
๒. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ข้อมูลสนับสนุน ๑. ผู้ป่วยมีอาการไม่รู้สึกตัว Glasgow Coma Scale E๔V๑ M๖ =๑๑ คะแนน ๒. อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที วัตถุประสงค์ ๑. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ๒. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง	๑. ระดับความรู้สึกตัวปกติ E๔V๕M๖ ๒. ไม่มีอาการหายใจลำบากไม่มีภาวะ Cyanosis ๓. ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๕%	๑. ส่งเสริมให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ใส่ Oro-pharyngeal airway เพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน ๒. ใช้หูฟังตรวจประเมินเสียงหายใจที่ปอด ที่เกิดจากภาวะอุดตันของทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะอยู่ในลำคอ หลอดลมหรือถุงลมถ้าพบมีการอุดตันของเสมหะให้ดูดเสมหะเป็น	๑. ผู้ป่วยไม่มีริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียวซีด ๒. อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๖๐/๑๐๐ mmHg ๓. ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale E๔V๑ M๖ =๑๑ คะแนน ๔. ระดับออกซิเจนในเลือด ๙๔% RA

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการ
๒.การหายใจไม่มี ประสิทธิภาพเนื่องจากระดับ ความรู้สึกตัว(ต่อ)		ระยะด้วยความนุ่มนวล ๓.ประเมินอาการแสดงของ ภาวะเนื้อเยื่อพร่อง ออกซิเจนได้แก่ริมฝีปาก เขียวปลายมือปลายเท้า เขียวซีด ๔.ประเมินและบันทึกระดับ ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็น ทุกระยะ ๑๕-๓๐ นาที ถ้า ผู้ป่วยมีอาการซึมลง Glasgow Coma Scale <๘ รายงานแพทย์ ๕.วัดค่า O₂ saturation อย่างต่อเนื่อง	
การพยาบาลก่อนส่งต่อ ๑.เสี่ยงต่อภาวะชักเกร็ง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน ๑.ผล CT Brain Hyperdense lesion at Lt basal ganglia volume ๖๗ ml with shift ๑๒ cm วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการชัก	๑.ไม่เกิดอาการชัก ๒.สัญญาณชีพปกติ BP<๑๔๐/๙๐ mmHg	๑.ประเมินอาการผู้ป่วย ๒.ประเมินและบันทึกระดับ ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็น ทุกระยะ ๑๕-๓๐ นาที รู้สึกตัวถ้าผู้ป่วยมีอาการซึม ลง Glasgow Coma Scale <๘ รายงานแพทย์ ๓.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕-๓๐ นาทีให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติคือชีพจร ๖๐-๑๐๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ ระหว่าง ๑๑๐/๗๐- ๑๖๐/๙๐ mmHg O₂ ไม่ ต่ำกว่า ๙๓%RA ๔.ดูแลให้ยาและสารน้ำ ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ cc. IV Drip ๑๐๐ cc/hr	๑.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มี อาการชักเกร็ง ๒.ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale E๔V๒ M๖ =๑๒ คะแนน ๓.อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที จังหวะ สม่ำเสมอ ความดัน โลหิต ๑๖๐/๑๐๐ mmHg Sat=๙๘%RA

การวินิจฉัยทางการแพทย์	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
๒. ผู้ป่วยมีความกังวลเนื่องจากไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยแนวทางการรักษาและขาดความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน ๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ๒. ผู้ป่วยสอบถามอาการผู้ป่วยเรื่องความรุนแรงของโรคและวิธีการรักษา วัตถุประสงค์ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย	๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล ๒. ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย	๑. ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในเวชระเบียนและให้พบแพทย์เอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปรักษายังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า ๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และแนวทางการรักษาจากแพทย์ผู้ทำการรักษา ๓. ให้การพยาบาลด้วยความเคารพในความเป็นมนุษย์ บอกกล่าวและขออนุญาตผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ๔. ให้ข้อมูลญาติครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยในขณะนั้น เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิตชีพจร อัตราการหายใจ ๕. พุดให้กำลังใจแก่ญาติผู้ป่วย	๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล ๒. ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
ระยะส่งต่อ ๑. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน สมองบวมจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน ๑.ผู้ป่วยไม่รู้สติ แขนขาอ่อนแรงลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ๒.ความดันในกะโหลกศีรษะสูง BP=๑๗๗/๑๐๔ mmHg P=๘๖ ครั้ง/นาที วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	๑.ไม่มีอาการแสดงของสมองบวม เช่น อาเจียนพุ่ง ปวดศีรษะ ๒.ระดับความรู้สึกตัวปกติ	๑.จัดศีรษะสูงให้ตรงยกสูง ๓๐ องศาและระวังไม่ให้คอหักพับงอเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มการไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง ๒.ประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้แก่ริมฝีปากเขียวปลายมือปลายเท้าเขียวซีด ๓.สังเกตและบันทึกอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเช่น pulse pressure เพิ่มขึ้น อาเจียนรุนแรง ชัก เกร็ง ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ๔.Monitor EKG ติดตามและบันทึกการเต้นของหัวใจทุก ๑๕ นาที ๕..ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕-๓๐ นาทีให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือชีพจร ๖๐-๑๐๐ ครั้ง/นาที	๑.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E๔V๑M๒ ๒.ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ๓.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ความดันโลหิต ๑๖๐/๑๐๐ mmHg

การวินิจฉัยทางการแพทย์	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
๒.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป mobile stroke ข้อมูลสนับสนุน ๑.ผู้ป่วยไม่รู้สติ แขนขาอ่อนแรงลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ๒.BP=๑๗๗/๑๐๔ mmHg P=๘๖ ครั้ง/นาที ๓.ส่งต่อเนื่องจากเกินศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน	๑.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้ายส่งต่อ	๑.ก่อนเคลื่อนย้ายให้ตรวจความเรียบร้อยและพร้อมใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ต่างๆ ประเมินอาการผู้ป่วย ๒.ประเมิน และบันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นทุกระยะ ๑๕-๓๐ นาที รู้สึกตัวถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมลง Glasgow Coma Scale <๘ รายงานแพทย์ ๓.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕-๓๐ นาทีให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือชีพจร ๖๐-๑๐๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๑๐/๗๐-๑๖๐/๙๐ mmHg O₂ ไม่ต่ำกว่า ๙๒% RA ๔.ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลศิริราช เป็นระยะเพื่อแจ้งกำหนดเวลาและเตรียมพร้อมก่อน ๕. ดูแลให้ได้สารน้ำ ๐.๙%Nss ๑๐๐๐ ml V drip ๑๐๐ cc/hr ๖. ตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆก่อนถึงปลายทาง ๗.ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยสัญญาณชีพหรืออาการสำคัญก่อนถึงสถานพยาบาลปลายทาง	๑.ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้ายไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ๒.E๔V๑M๕ ๓.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ชีพจร๙๐ ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ความดันโลหิต ๑๖๐/๑๐๐ mmHg. ๔.โรงพยาบาลศิริราชทราบระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะถึง ๕.ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ๖.เอกสารถูกต้อง ถูกคน

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
ระยะดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง ๑.การกำสับเลือดในสมองลดลง จากความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง ข้อมูลสนับสนุน ๑.ผล CT Brain Hyperdense lesion at Lt basal ganglia volume ๖๗ ml with shift ๑๒ cm (๐๓/๐๗/๖๖) วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	๑.ไม่มีอาการแสดงของสมองบวม เช่น อาเจียนพุ่ง ปวดศีรษะ ตากระตุก	๑.จัดศีรษะสูงให้ตรงยกสูง ๓๐ องศาและระวังไม่ให้คอหักพับงอเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มการไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง ๒.ประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้แก่ ริมฝีปากเขียวปลายมือปลายเท้าเขียวซีด ๓.สังเกตและบันทึกอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเช่น pulse pressure เพิ่มขึ้น อาเจียนรุนแรง ชัก เกร็ง ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ๔. Monitor EKG ติดตามและบันทึกการเต้นของหัวใจทุก ๔ ชั่วโมง ๕..ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕-๓๐ นาทีให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือชีพจร ๖๐-๑๐๐ ครั้ง/นาที	๑.ผู้ป่วย (GCS) E๒VTM๒ ๒.ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ๓.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ความดันโลหิต ๑๓๐/๑๐๐ mmHg sat ๙๙-๑๐๐%
การวินิจฉัยทางการพยาบาล ๒.เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความบกพร่องของระบบประสาท วัตถุประสงค์ ๑.ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน ๑.ผู้ป่วย refer bag ใส่ท่อช่วยหายใจ ๒. ผล CT Brain Hyperdense lesion at Lt basal ganglia volume ๖๗ ml with shift ๑๒ cm	๑. ไม่มีอาการหายใจลำบากไม่มีภาวะ Cyanosis ๒.ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๕%	๑.ส่งเสริมให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การดูดเสมหะในท่อเพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน ๒. ใช้หูฟังตรวจประเมินเสียงหายใจที่ปอด ที่เกิดจากภาวะอุดตันของทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะอยู่ในลำคอ หลอดลมหรือถุงลมถ้าพบมีการอุดตันของเสมหะ ให้ดูดเสมหะเป็น	๑.ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๕% ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ๒.เสียงปอดโล่งดี

การวินิจฉัยทางการแพทย์	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
		ระยะด้วยความนุ่มนวล ๓.ประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้แก่ ริมฝีปากเขียวปลายมือปลายเท้าเขียวซีด ๔.ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นทุกระยะ ๑๕-๓๐ นาที ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมลง Glasgow Coma Scale <๘ รายงานแพทย์ ๕.วัดค่า O₂ saturation อย่างต่อเนื่อง	
การวินิจฉัยทางการแพทย์	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่าย ๑.ครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤตและการเตรียมพร้อมที่จะยอมรับกับการสูญเสียขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตและการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ข้อมูลสนับสนุน(ต่อ) ๑.ผล CT ที่โรงพยาบาล ๓/๐๗/๖๖ Brain large acute ICH, size about ๔.๔ cm x ๖.๗ cm x ๔.๔ cm (WxAPxH) with midline shift ๑.๗ cm Minimal extension of hematoma into left lateral ventricle ๒.ญาติผู้ดูแลหลักได้ตัดสินใจร่วมกันโดยการเลือกแนวทางการรักษาแบบประคับประคองอาการ ปฏิเสธการผ่าตัดและถอดใส่ท่อช่วย	๑.หายใจเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย	๑.ประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ต้องการ การให้ข้อมูลการรักษาอย่างชัดเจนและ ๒.กำหนดเป้าของการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ ๓.ให้คำปรึกษาแก่ญาติถึงภาวะโรคซึ่งอยู่ในระยะที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ซึ่งในขณะนี้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยไม่เร่งรัดหรือเร่งยื้อชีวิตผู้ป่วยพร้อมทั้งการเตรียมพร้อมสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้าย ๔.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ให้มีแสงสว่างเพียงพอ จัดให้มีพื้นที่ประกอบความเชื่อทางศาสนา	ญาติผู้ดูแลมีสีหน้าสดชื่นและยอมรับสภาพผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน

การวินิจฉัยทางการแพทย์	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
		๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ให้มีแสงสว่างเพียงพอ จัดให้มีพื้นที่ประกอบความเชื่อทางศาสนา ๕. อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมกันตามลำพังเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจ ประคับประคองจิตใจผู้ป่วย	

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๒. เลือกผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาจากโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันในระบบ stroke fast track ที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ ในวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖
๓. ศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากหนังสือ ตำราวิชาการ การสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต และปรึกษาแพทย์
๔. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน รวบรวมข้อมูล จากการสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติโดยใช้แนวคิด
๑๑. แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
๕. สรุปกรณีศึกษาเรียบเรียงเนื้อหาเสนอผลงานต่อผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล ปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ
๖. จัดทำรูปเล่มกรณีศึกษา

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้ศึกษากรณีศึกษา ๑ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันระยะแรกรับและส่งต่อ

๕.๒ เชิงคุณภาพ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารักษาโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ ด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการดูแลในระยะแรกรับและส่งต่อได้อย่างทันถ่วงที ดังนั้นผู้ป่วยชาย ๔๕ ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน มาโรงพยาบาลด้วยระบบ EMS (Emergency Medical Services) อาการสำคัญคือ แขนขวาอ่อนแรงลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ๑ ชั่วโมงก่อน ประเมินได้ว่าเป็นผู้ป่วยระบบหลอดเลือดสมอง Stroke fast track แพทย์ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษา ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) โรงพยาบาลศิริราช มาโดยระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ เป็นผู้ป่วยระยะวิกฤตได้ทันทีที่ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และส่งต่อ Refer bag กลับมารับการรักษานต่อเนืองยังโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ เนื่องจากมีอาการเสียชีวิตไม่ว่าจะรักษาโดยวิธีใดเพื่อลดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ญาติจึงตัดสินใจไม่รับการผ่าตัดและเลือกการรักษานในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ในวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. เพิ่มทักษะสำคัญในการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนก อุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันในระแวกรับและส่งต่อ ได้แก่ ด้าน การ คัดกรองและประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ด้านการทำงานเป็นทีมและการประสานงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านกฎหมายจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติที่กำหนดทั้งในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่องขณะดูแลในห้องฉุกเฉิน จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการส่งต่อที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๒. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่สำคัญในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม การช่วยเหลือเบื้องต้นและการดูแลในทุกระยะการเจ็บป่วย รวมถึงได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษายาบาลเกิดความพึงพอใจต่อผลการรักษาพยาบาล

๓. ลดระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเป็นสาเหตุหลักต่อการพยากรณ์คุณภาพชีวิตภายหลังผู้ป่วย หายจากภาวะวิกฤตแล้ว ลดค่าใช้จ่ายให้การดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรกระหว่างโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองแตกเนื่องจากโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ไม่มีเครื่อง CT scan แพทย์จึงต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปทำ CT scan เพื่อวินิจฉัยแยกโรค Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยและประสานงานในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อลดการเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนการดูแลในทุกระยะการเจ็บป่วย รวมถึงได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษายาบาล เกิดความพึงพอใจต่อผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้ทันระยะเวลา ๔.๕ ชั่วโมงและได้รับการส่งต่อซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็น Hemorrhagic Stroke เสี่ยงต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยหลังเข้าระบบต่อ Refer bag กลับมารับการรักษาต่อเนื่องยังโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ เพื่อรักษาในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ในวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๑.โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตกได้เนื่องจากไม่มีเครื่อง CT SCAN จึงทำให้การวินิจฉัยได้ยากและการดูแลได้ล่าช้า

๒.การแจ้งเหตุ โทรศัพท์ ๑๖๖๙ ประชาชนยังขาดความรู้ในการแจ้งเหตุ ขาดข้อมูลสำคัญในการแจ้งเหตุ เช่น เวลาที่ญาติพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนแรงที่แน่นอนทำให้ใช้เวลาในการชักประวัตินาน

๓.บุคลากรทางการพยาบาล ต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการประเมินอาการผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และใช้ประสบการณ์ในการใช้ทักษะการในการประเมินผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่รวดเร็ว ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อน และความพิการของโรคได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑. ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ในหลากหลายช่องทางเพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ได้รวดเร็ว

๙.๒. พัฒนาระบบบริการการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ ให้มีอุปกรณ์ที่จำเป็น พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้แพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระยะแรกเริ่มและส่งต่อโดยใช้ Tele Medicine ในการดูแลรักษาอย่างทันถ่วงที

๙.๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฉุกเฉินและฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ได้คุณภาพ ถูกต้อง ลดอาการแทรกซ้อนได้

๙.๔. พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Stroke fast track เพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง

๙.๕. มีการทบทวน Case โดยใช้เครื่องมือคุณภาพ CnTHER เพื่อทบทวนปัญหาในพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน

๙.๖ พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤตอย่างเป็นองค์รวมเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติในการร่วมตัดสินใจในการตกลงดูแลแบบประคับประคองจึงทำให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ผู้จัดทำเผยแพร่โดยการนำเสนอผลงานวิชาการ การประชุมวิชาการโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและการนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖ ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑.) นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๒.)สัดส่วนของผลงาน.....

๓.)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) อรวรรณ มณีรัตน์

(นางสาวอรวรรณ มณีรัตน์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๖ /

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอรวรรณ มณีรัตน์	<u>อรวรรณ มณีรัตน์</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สมพร หุ่นเล็ก

(นางสาวสมพร หุ่นเล็ก)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลชำนาญการพิเศษ)

วันที่ ๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๖ /

✓ หจ. ม

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
๒๙ ม.ค. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) เอกวิทย์

(นายเอกวิทย์ ตั้งตรงไพโรจน์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการรักษาราชการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

วันที่ ๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๖ /

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในห้องฉุกเฉิน

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ ๒ ของการเสียชีวิต และอันดับ ๓ ของความพิการจากการสำรวจในปี ๒๕๖๒ ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒.๒ ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ ๑ คนในทุก ๓ วินาที) และเสียชีวิต ๖.๕ ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ๓๔,๕๔๕ คน (อัตราตาย ๕๓ ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย ๑๙,๙๔๙ คน (ร้อยละ ๕๘) มากกว่าเพศหญิง ๑๔,๕๙๖ คน (ร้อยละ ๔๒) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี จำนวน ๒๓,๘๑๗ คน (ร้อยละ ๖๙) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ ๒๕๖๐-๒๕๖๔ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๔๗๙, ๕๓๔, ๕๘๘ และ ๖๔๕ ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓ พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ ๔๘, ๔๗, ๕๓ และ ๕๓ ตามลำดับ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทางการแพทย์เรียกว่า STROKE เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ทำให้เกิดความพิการระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อาการสมองขาดเลือดจะเกิดแบบเฉียบพลัน มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก เดินเซ ปวดศีรษะมาก ตามัวมองเห็นไม่ชัด โดยอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยเฉพาะการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลันโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา ๓ ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการจะช่วยให้การฟื้นหายของผู้ป่วยเป็นไปได้เกือบสมบูรณ์ สามารถลดอัตราตายและความพิการได้

ดังนั้นการคัดกรองโรคโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และประเมินสภาพเพื่อวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็ว ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเฉพาะโรคอย่างมีประสิทธิภาพจะเห็นได้ว่าการรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้ผลผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษา เฉพาะในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้นหน่วยปฏิบัติการใน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านการแพทย์ที่ออกให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งบุคลากรในทีม ประกอบด้วยพยาบาลกู้ชีพ เวชกิจฉุกเฉินระดับพื้นฐาน หรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานขับรถยนต์ จึงควรมีแนวทางประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว สามารถฟื้นฟูสภาพให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาและจัดทำแนวทางปฏิบัติการ วินิจฉัย และการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายนอกและภายในโรงพยาบาล

๒. เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ลดอัตราการเสียชีวิตและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมาย

๑. บุคลากรในทีมปฏิบัติการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ สามารถประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน มีความสำคัญในส่วนของการประเมิน คัดแยก ตรวจวินิจฉัย ส่งต่อให้ถูกต้องและรวดเร็ว การรับผู้ป่วยส่งกลับมาเพื่อดูแล ส่งเสริมป้องกัน เมื่อพิจารณาข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการและการส่งต่อในโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ จากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาและได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑๗ รายและในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑๙ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๘๒ ราย และผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการบริการทันเวลา Stroke Fast Track ในโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑๔ รายและในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑๔ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๔๕ ราย (ข้อมูลจากรายงานประจำเดือนยอดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องในระยะแรกมีความสำคัญมากเพราะการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วจะช่วยลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการที่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้พบปัญหาในการปฏิบัติงานและได้นำปัญหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาแก้ไขปรับปรุงเพื่อนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เพื่อการประเมินผู้ป่วยที่รวดเร็วและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

แนวคิด

๑. การศึกษาการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถทั้งในด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ
๒. การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒
๔. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น
๕. เพื่อให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย รวมทั้งญาติโดยกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG Stroke) เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Plan

มีการปรับปรุงระบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยนำใบ Check list stroke มาใช้และกำหนดแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาได้รวดเร็วขึ้น

Do

มีการทบทวนระบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยนำใบ Check list stroke มาใช้และกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาได้เร็วขึ้น

มีการปรับปรุง CPG Stroke และนำสู่การปฏิบัติ

มีการปรับปรุง Flow การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำสู่การปฏิบัติ

มีการพัฒนาแนวทางในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ

มีการทบทวน case การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

มีการนำเสนอข้อมูลปัญหาที่พบให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับทราบและหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกัน

Check

จัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Clinical Practice Guideline) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลบางบัวทอง๒ เพิ่มศักยภาพในด้านเครื่องมือ สถานที่ โดยมีการแยกโซนพื้นที่ผู้ป่วยวิกฤตให้อยู่ใกล้ Nurse station มีที่สุด โดยมีเครื่องมือพร้อมใช้งานจำพวก เครื่องช่วยหายใจ เครื่องตรวจเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีความพร้อมของรถกู้ชีพ รวมทั้งอุปกรณ์การช่วยชีวิตที่จำเป็นบนรถ

นอกจากนี้ยังร่วมมือกับทีมโรงพยาบาลจังหวัดในการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยและประสานงานในการพัฒนาความเร็ว ปลอดภัยในการส่งต่อ เช่น การโทรประสานส่งผลการตรวจชนิดต่างๆขณะนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจังหวัดโดยไม่ต้องรอผลเลือดอื่นๆ มีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องโดยจัดระบบติดตามการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นการประเมินและเฝ้าระวัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดอุบัติเหตุซ้ำของโรค

Action

๑.แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

๑.๑ มีการสร้างทีมประสาน ส่งต่อ และติดตามตัวชีวิตในโรงพยาบาล โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วย

๑.๒ มุ่งเน้นการค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยมีการใช้ใบ Check list ช่วยในการคัดกรอง เพื่อช่วยค้นหาและวินิจฉัยได้รวดเร็ว ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

๑.๓ จัดทำแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ต่อเนื่อง

๑.๔ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่นๆในโรงพยาบาล เพื่อรับทราบปัญหา และร่วมกันสร้างแนวทางการพัฒนาการทำงานให้เร็วขึ้น และปลอดภัย

๑.๕ มีการเข้าถึง/เข้ารับบริการ ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีการส่งต่อแบบ Fast track โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนจากแพทย์เฉพาะทาง หากเกิดความล่าช้าอาจส่งผลถึงกับชีวิต โดยใช้ระยะเวลาในการ Consult เพื่อการ refer เวลา ๔ ชั่วโมงครึ่ง หรือ ๒๗๐ นาที นับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมีอาการจนถึงเวลาที่แพทย์ฉีดยาลดความดันโลหิตเข้าสู่หลอดเลือดดำของผู้ป่วย หากผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลช้า มักจะไม่สามารถทำการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวได้ เนื่องจากสมองสามารถทนการขาดเลือดได้นานเพียง ๒๗๐ นาที หลังจากนั้นเนื้อสมองจะตาย ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

๑.๖ การประเมินและวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมิน ปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม ทั้งประวัติสุขภาพ สัญญาณชีพ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีการอธิบายด้วยภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย

๑.๗ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม แก่ไขภาวะวิกฤติได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย โดยคำนึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

๑.๘ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล เพื่อวางแผนให้ครอบคลุมปัญหา ความต้องการ ศักยภาพ ความพร้อม โดยมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถนำไปใช้ได้ เป็นการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

แนวคิด/ข้อเสนอแนะ

หลักการพยาบาลแบบ CnTHER

C : Care

ประเมินและคัดกรองความรุนแรงของการเจ็บป่วยทุกรายโดยอาศัยข้อวินิจฉัย การตรวจรักษาอย่างทันที่ทั่วทั้งที่และปลอดภัย

C: Communication

มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ มีการส่งต่อข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มีการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัด

C : Continue

มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับไปยังโรงพยาบาลปลายทางอย่างครบถ้วน เพื่อให้แพทย์และพยาบาลสามารถวางแผนการรักษาได้ต่อเนื่องและครอบคลุม ส่งผลให้การรักษาทันการณ มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

T : Team

ทีมสหวิชาชีพมีการร่วมมือในการดูแลรักษา วินิจฉัย และส่งข้อมูล

H : Human

ทีมสหวิชาชีพมีการฟื้นฟู ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

E : Environment/Equipment

มีการดูแลสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดความสบายแก่ผู้ป่วย รวมทั้งอุปกรณ์มีความเพียงพอสำหรับผู้ป่วยวิกฤติภายใต้ข้อจำกัดด้านสถานที่ของหน่วยงาน

R : Record

มีการลงบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจุบัน เพื่อเกิดความสมบูรณ์ของเอกสารเมื่อมีการใช้เป็นหลักฐานในการดูแลพยาบาล

๒. การดูแลแบบองค์รวม กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ

๒.๑ การเสริมแรง ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการส่งเสริมสุขภาพ

๒.๒ การป้องกัน

๒.๓ การดูแลสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิต

๓. ระบบการทำงานเป็นทีม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

๔. ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. องค์กรและเจ้าหน้าที่มีแนวทางในการปฏิบัติการดูแล การส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนและครอบคลุมตั้งแต่การดูแลในที่เกิดเหตุ การดูแลขณะนำส่ง(PRE-Hospital) การดูแลในโรงพยาบาล(In- Hospital) การดูแลขณะส่งต่อ(Transfer) เป็นแนวทางที่ดีสามารถนำไปใช้ได้จริง

๒. เป็นการพัฒนางานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

๓. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองได้

๔. ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๕. มีการพัฒนาทักษะ ระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. จำนวนผู้ป่วย stroke เสียชีวิตในรพ. จำนวน ๐ ราย
๒. อัตราผู้ป่วย stroke ได้รับการส่งต่อภายใน ๓๐ นาที ๑๐๐ %
๓. เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๑๐๐
๔. สามารถนำแนวทางการปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เพื่อลดการเกิดอันตราย ภาวะแทรกซ้อนหลังให้การพยาบาลร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ).....*อรวรรณ มณีรัตน์*.....

(นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่).....*๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๖*...../.....

ผู้ขอประเมิน