



กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่บ้าน

อรุณ คชคง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นความผิดปกติของระบบประสาทเนื่องจากสมองขาดเลือดมาเลี้ยงโดยมีอัตราการตายที่สูงและเป็นสาเหตุความพิการในผู้ที่รอดชีวิตซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสภาพปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าเกินกว่า 3 ชั่วโมงจึงไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแล ติดตามช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกรับที่ผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลัน ระยะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และระยะที่กลับไปอยู่ในชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้ การกลืน ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจนปลอดภัยได้รับการฟื้นฟูภาพและทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมาเป็นซ้ำ และสามารถนำแนวทางไปเป็นข้อมูลในการศึกษาต่อได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง, ระยะฟื้นฟู

Abstract

Ischemic stroke is a neurological disorder due to cerebral ischemia with a high mortality and high disability in survivors, affecting the lifestyle of patients and their families. The case study found that the patients received treatment according to the problem condition. Since the arrival of the patient to the hospital late for more than 3 hours, rt-PA fibrinolytic drugs could not administer. The nurses played a crucial role, which is care, follow-up, and help from the first stage of receiving the patient with acute symptoms, staying in the hospital, and returning to the community for physical and mental rehabilitation with continuous follow-up visits, also provide advice on movement, communication, perception and swallowing to maximize self-help. The results showed that the patients have been safely treated, rehabilitated, and skilled in self-care and also can carry out more daily activities with no complications and recurrence. In addition, the results can use as a guideline for further study.

Keywords: nursing, stroke, rehabilitation period

1. หลักการและความสำคัญของปัญหา

รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World health organization ; WHO) ปี 2559 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง เป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นในทางเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้ และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรม และอารมณ์ รวมทั้งอาจมีปัญหา ด้านครอบครัวและสังคม มีคุณภาพชีวิตลดลง มีภาวะพึ่งพิง บางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติ ข้อมูลสถิติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2563 - 2565 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในประเทศไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 328.00, 330.22 และ 330.72 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี 2563 - 2565 เป็นร้อยละ 10.35, 11.00 และ 10.92 ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) โดยไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ส่วนในพื้นที่อำเภอวิเศษชัยชาญจากข้อมูล HDC ปี 2563 - 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลจำนวน 758, 803 และ 848 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ปี 2563 - 2565 เท่ากับ 182, 151 และ 141 ราย และพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ เป็นร้อยละ 5.45, 5.02 และ 3.00 ตามลำดับ ส่วนอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมาเป็นซ้ำในปี 2563 - 2565 เป็นร้อยละ 11.35, 15.23 และ 14.78 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่กลับไปดูแลที่บ้านบางรายยังเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือเกิดแผลกดทับ ปีละ 4 - 5 ราย ซึ่งถึงแม้จะจำนวนไม่มาก แต่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการตามมามากขึ้น จึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดความพิการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่บ้าน
- 2.2 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม
- 2.3 เพื่อส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม

3. วิธีดำเนินการศึกษา

- 3.1 เลือกกรณีศึกษาจากผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ วินิจฉัยโรคเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) <10 คะแนน
- 3.2 ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูปรึกษาแพทย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ
- 3.3 ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล จำหน่ายจากโรงพยาบาลและมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง

3.4 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา จัดทำเป็นรูปเล่มและเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการทำกรณีศึกษา

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่บ้าน เน้นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญและได้รับการดูแลต่อเนื่องถึงที่บ้าน โดยทำการศึกษาระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง มีนาคม พ.ศ.2566

5. พยาธิสรีรวิทยาของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายทำให้เกิดอาการต่างๆ ขึ้น ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออกในสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือชาข้างใดข้างหนึ่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด ไม่ชัด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การตรวจเลือดต่างๆและการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้โดยความรวดเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 3 - 4.5 ชั่วโมง ยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด

6. กรณีศึกษา

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไป

ชายไทยอายุ 84 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ พ่อบ้าน สถานภาพสมรส คู่
จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร

6.2 อาการสำคัญ

แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว 5 ชั่วโมง 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล (Last seen normal 20.00 น.)

6.3 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ญาติผู้ป่วยให้ประวัติว่าผู้ป่วยเข้านอนตั้งแต่เวลา 20.00 น. ของวันที่ 11 ตุลาคม 2565 อาการยังปกติ ต่อมาเวลา 23.50 น. ผู้ป่วยตื่นนอนแจ้งกับญาติว่ามีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด (ไม่ทราบว่ามีอาการตั้งแต่เมื่อไร) ญาตินำส่งถึงโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ เวลา 01.20 น. ของวันที่ 12 ตุลาคม 2566

6.4 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นต่อมลูกหมากโตรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอ่างทอง

6.5 ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

6.6 การสูบบุหรี่และสารเสพติด

ไม่เคยสูบบุหรี่ ดื่มสุรานานๆ ครั้งปัจจุบันหยุดมา 10 ปี

6.7 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว

6.8 แบบแผนการดำเนินชีวิต

นอนหลับพักผ่อนวันละ 7 - 8 ชั่วโมง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ชอบรับประทานอาหารประเภทผักและเนื้อสัตว์

6.9 สภาพอารมณ์และจิตใจ

หงุดหงิดง่าย

6.10 การรับรู้

ไม่สามารถระบุวัน เวลาได้แต่บอกสถานที่ได้ถูกต้อง การตอบสนองค่อนข้างช้า

6.11 ความทรงจำ

ลืมง่าย ต้องให้ญาติช่วยในบางครั้ง

6.12 การเผชิญปัญหา

อยู่ในภาวะพึ่งพิง ต้องให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและหลานอีก 2 คน

6.13 การประเมินสภาพร่างกาย

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

GA : not pale, no jaundice

SKIN : normal

HEENT : normal

Heart and Lung : normal

Neurological : E4V2M5, pupil 3 mm. RTL BE, Motor power แขนข้างขวา grade III ขาข้างขวา grade II แขนขาข้างซ้าย grade V, Right facial palsy NIHSS Score 16 คะแนน

6.14 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลเอ็กซเรย์:

วันที่ 12 ตุลาคม 2566 Complete blood count: white blood cell 7,100 cell/cu.mm., neutrophils 58.00%, Lymphocyte 32%, Hematocrit 46.2%, Hemoglobin 15.3 g/dl, Platelet Count $244.0 \times 10^3/\mu\text{L}$, Creatinine 1.35 mg/dl, GFR 47.87 mL/min/1.73m², Na 136 mM/L, K 3.97 mM/L, Cl 103.2 mM/L, CO₂ 21.6 mML

Antigen Test Kid (ATK) negative DTX 106 mg%, CXR และ EKG : normal

CT Brain : Faint hypodensity lesion at left frontal white matter. probably acute cerebral infarction

วันที่ 14 ตุลาคม 2566 Cholesterol 210.01 mg/dl, Triglyceride 86.4 mg/dl, HDL 46.4 mg/dl, LDL 146.3 mg/dl

6.15 การวินิจฉัย Acute Stroke

6.16 การวางแผนการพยาบาล

1) ระยะแรกเริ่ม ระยะที่นอนโรงพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากภาวะสมองขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน : ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว Motor power แขนข้างขวา grade III ขาข้างขวา grade II แขนขาข้างซ้าย grade V ก่อนจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินแขนขาข้างขวา grade 0 แขนขาข้างซ้าย grade V พูดไม่ชัด E4V2M5, CT Brain ผล acute cerebral infarction NIHSS16 คะแนน

วัตถุประสงค์ : ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการภาวะสมองบวม เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง

กิจกรรมการพยาบาล : Record neuro signs ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า coma scale drop ≥ 2 รายงานแพทย์ จัดให้ผู้ป่วย นอนท่าศีรษะสูง 30 องศา เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น ติดตามระดับความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง keep SBP 180-220 มิลลิเมตรปรอท ประเมินกำลังแขนขาทุก 1 ชั่วโมง แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น การเกร็งตัว การเบ่งถ่าย การไอ และการงอข้อศอก เป็นต้น และดูแลให้พักผ่อนบนเตียงเต็มที่

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยรู้สึกตัว Motor power แขน ขา ข้างขวา 0 แขนขาข้างซ้าย grade III-IV พูดไม่ชัด E4V2M5 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีปวดศีรษะ และไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 0 แขนขาข้างซ้าย grade 5 และผล CT Brain acute cerebral infarction พูดไม่ชัด E4V2M5

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจและประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยซีดลง หหมดสติ สับสน

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยรู้สึกตัว Motor power แขน ขา ข้างขวา 0 แขนขาข้างซ้าย grade III-IV พูดไม่ชัด E4V2M5 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 - 160/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 0 พุดไม่ชัด มุมปากด้านขวาตกจากการประเมินกิจกรรมในการรับประทานอาหาร (Barthel index) 0 คะแนน ผล CT Brain acute cerebral infarction และแพทย์ให้งดน้ำงดอาหารทางปาก

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ได้รับน้ำและอาหารเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินสภาพการกลืนของผู้ป่วย และให้อนุศิระสูง 30-45 องศาเพื่อป้องกันการสำลัก ใส่สาย NG tube ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลว BD 300 ml. 4 fds. ตามด้วยน้ำ 50 ml./feed อย่างครบถ้วน ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง และอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และปริมาณน้ำเข้า - ออก สอนและฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยางร่วมกับผู้ดูแลให้สารน้ำ ติดตามเจาะเลือดดูผลน้ำตาลและเกลือแร่ตามแผนการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล : ไม่เกิดการสำลัก ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผิวหนังไม่แห้ง สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 0 การรับรู้ต่อความเจ็บปวด อ่อนหภูมิ การสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ข้างขาขวาตกลง ผล CT Brain acute cerebral infarction

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และการออกกำลังกายเองได้ (Active exercise) และให้ญาติช่วยทำ (Passive exercise) ไม่เกิดภาวะข้อติด

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม ให้ความช่วยเหลือโดยการดูแล สุขอนามัย สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมกายภาพบำบัด ดูแลและจัดทำของร่างกายของผู้ป่วยโดยให้ศิระ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้อง เหมาะสม และสอนให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง

การประเมินผลการพยาบาล : ไม่พบอาการข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบ กำลังแขนขาข้างขวา grade 0 ญาติช่วยทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยที่เตียงได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง พุดไม่ชัด ต้องใส่สายยางเพื่อให้อาหาร

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง

กิจกรรมการพยาบาล : แนะนำผู้ป่วยและญาติให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เตียง ปุ่มต่างๆ จัดวางของที่จำเป็นให้อยู่ในตำแหน่งที่สะดวก ปลอดภัย สาริตและทดลองใช้ให้ดู ปรับระดับเตียงให้ต่ำ และล็อกเตียงไว้ไม่ให้เลื่อนได้ ยกไม้กั้นเตียงขึ้นและตรวจสอบความเรียบร้อยทุกครั้งหลังให้การพยาบาล ตรวจสอบสัญญาณชีพและประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ฝึการระวัง ติดตามและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล : ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน : จากการซักถามของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาของโรคที่เป็นพบว่าผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินโรค การรักษา และกิจกรรมในการการบำบัดได้

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวคลายความกังวล มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะตามความสามารถในการปฏิบัติตามแผนของการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว สอนแนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาลภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ให้คำแนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ การผ่อนคลายความเครียด การดูแลให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะข้อติด การระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ มีการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล รวมทั้งการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน วางแผนส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมพยาบาลชุมชนดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล : บุคคลในครอบครัว และผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคและสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้

2) การวางแผนการพยาบาลในชุมชน

ผู้ศึกษาได้ทำการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจากได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลพิเศษชัชวาลย์โดยมีการนัดหมายล่วงหน้าทุกครั้งในการติดตามเยี่ยมได้พบกับภรรยาของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลให้การต้อนรับและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและแนวทางในการดูแลรักษาทุกครั้ง

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565

ได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม ประเมินญาติในการให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพ พบว่าผู้ป่วยรู้ตัวดี ยิ้มแย้มแจ่มใส นอนอยู่บนเตียง พุดไม่ชัด สื่อสารโดยใช้การพยักหน้า สัญญาณชีพปกติ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 5 คะแนน กำลังแขนขาข้างขวายังไม่ดีขึ้น รับประทานอาหารทางสายยางได้ ไม่มีภาวะข้อติด มีญาติดูแลให้การช่วยเหลือใกล้ชิด ไปตรวจตามแพทย์นัด แนะนำเรื่องการรับประทานยาและการให้อาหารทางสายยางตามเวลาและการทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 20 มกราคม 2566

ได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ แขนขา อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยดื่งสายยางให้อาหารออกแต่ไม่ได้ไปพบแพทย์

ให้รับประทานอาหารเหลวทางปากเอง รับประทานอาหารได้น้อย ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 6 คะแนน ไม่มีภาวะข้อติด แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การป้องกันการสำลัก การบริหารการกลืนและการทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 20 มีนาคม 2566

ได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อแขนขา อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อม พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงรูดตัว ดูซึมไม่ค่อยพูดถามตอบซ้ำไม่มีใช้ ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท E4V2M5 pupil 3 mm RTL BE ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 6 คะแนน กำลังแขนขาข้างขวา grade 0 แขนขาข้างซ้าย grade V ไม่มีภาวะข้อติด ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ยารับประทานแต่ไม่ได้หยุดยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ตรวจสอบพบว่าเป็นยาต้านเกล็ดเลือดและยาลดไขมันเหมือนกัน เกิดการซ้ำซ้อนในการรับประทานยา ปฏิบัติแพทย์และเภสัชกรให้หยุดยาจากคลินิก แนะนำผลดีผลเสียจากการใช้ยาซ้ำซ้อน และส่งตัวไปยังโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเนื่องจากผู้ป่วยซึมลง ติดตามผลต่อ แพทย์ได้ทำการส่ง CT Scan ซ้ำ พบว่า เป็น Old cerebral infarction ไม่มีเกลือแร่ในร่างกายต่ำ แพทย์ให้นอนสังเกตอาการที่โรงพยาบาล 1 คืน และจำหน่ายกลับบ้านโดยวางแผนนัดหมายติดตามเยี่ยมต่อ แนะนำกายภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากมีกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกขวา

ข้อมูลสนับสนุน : CT Brain ผล acute cerebral E4M6V2 pupil 3 mm RTLBE ลูกนั่งหรือเดินเองไม่ได้ มีแขนขาขวาอ่อนแรง grade 0 On NG Tube เพื่อให้อาหาร พูดไม่ชัด และ ADL = 5 คะแนน

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index ในระยะแรกรับและติดตามทุก 1 เดือน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการช่วยส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวโดยเร็วและการทำกิจวัตรประจำ (อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์,และคณะ,2554) ดังนี้

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลโดยให้กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม การลุกนั่ง การขับถ่าย โดยญาติอาจคอยช่วยเหลือเป็นกรณีไป ให้กำลังใจและส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองกระตุ้นผู้ป่วยไม่ให้ล้มร่างกายข้างที่อ่อนแรง โดยจัดวางอุปกรณ์ เครื่องใช้ไว้ข้างที่อ่อนแรง การพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยไม่ลืม กระตุ้นการรับรู้ บุคคล วันเวลา สถานที่ และสังคม ผู้ดูแลช่วยบอกถาม พูดคุย หรือให้ผู้ป่วยพูดคุยกับลูกหลาน ญาติพี่น้อง ครอบครัวให้ความรัก ความใส่ใจเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวเท่าที่ทำได้เหมาะสม

ด้านการสื่อสาร แนะนำญาติทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย มีความใจเย็นและอดทนที่จะช่วยเหลือ อาจให้ผู้ป่วย ใช้วิธีสื่อสารอื่นๆ ทดแทน เช่น การเขียน การอ่าน การชี้รูปภาพ สัญลักษณ์ที่สื่อความต้องการ หรือความหมายแทนคำพูด วิธีสื่อสารกับผู้ป่วยควรหันหน้าเข้าหาผู้ป่วยเมื่อต้องการจะพูดด้วย อย่าทำกิจกรรมอื่นร่วมด้วย เช่น เปิดวิทยุ โทรทัศน์พร้อมๆ กัน พยายามพูดกับผู้ป่วยด้วยคำง่ายๆ และพูดซ้ำๆ ชัดๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบ เช่น “ใช่” “ไม่ใช่” ถ้าจำเป็นให้ใช้ท่าทางหรือภาษามือช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เวลาตอบคำถามต้องให้เวลากับผู้ป่วยเพียงพอ

อย่าพูดแทนผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมวงสนทนาถ้าพอจะทำได้ ใช้น้ำเสียงปกติชมเชยในภาวะที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยมากขึ้น

การทำความสะอาดร่างกาย ให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยเช็ดตัวเนื่องจากไม่สามารถอาบน้ำเองได้ สอนวิธีการเตรียมอุปกรณ์ การจัดสภาพแวดล้อมและวิธีการเช็ดตัวที่ถูกต้อง การดูแลหลังการขับถ่าย

การแต่งตัว แนะนำวิธีการจัดทำในการสวมเสื้อติดกระดูกด้านหน้า การถอดเสื้อ การสวมกางเกง การถอดกางเกง

การดูแลสุขภาพช่องปาก สอนวิธีการช่วยเหลือในการดูแลและทำความสะอาดโดยการบ้วนน้ำ ผู้ดูแลจะต้องใช้ ผ้าก๊อซชุบน้ำทำสะอาดกวาดในช่องปากบริเวณช่องข้างกระพุ้งแก้มใต้ลิ้นและเพดานปากซ้ำ

การให้อาหารทางสายยาง ทบทวนวิธีการจัดทำขณะให้อาหาร วิธีตรวจสอบตำแหน่งสายยาง และอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหาร ขณะให้อาหารถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลักให้หยุดทันที ถ้าหยุดไอให้ลองให้ต่อ ถ้ายังไออยู่ให้หยุดให้อาหารและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ หากสังเกตเห็นว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมไม่เกิน 2 นิ้ว ให้ดันสายอาหารกลับเข้าตำแหน่งเดิมและทดสอบดูว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ หากสังเกตเห็นว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมมากกว่า 2 นิ้ว ให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน

การส่งเสริมการเคลื่อนไหวของแขน มือและขา กิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการลงน้ำหนักที่แขน ข้างที่เป็นอัมพาตโดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งท่าแวนและเอี้ยวตัว เพื่อกระตุ้นการรับรู้สัมผัสของข้อต่อ กระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ งอข้อศอก ข้อมือ และนิ้วมือ กิจกรรมที่ใช้การประสานกัน ทำเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายด้านอัมพาตได้รับการเคลื่อนไหว กระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวที่มีจุดมุ่งหมาย กิจกรรมลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ยับยั้งรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติและส่งเสริมการเคลื่อนไหวที่ปกติ จัดทำให้เหมาะสม เช่น การนั่งท่าแวน หลีกเลียงสิ่งเร้าที่มีผลกระตุ้นให้เกิดภาวะหดเกร็งมากขึ้น เช่น การจับยึดกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว การให้ผู้ป่วยออกแรงต้านมากๆ เป็นต้น ให้กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวซ้ำๆ และเป็นจังหวะสม่ำเสมอ หลีกเลียงกิจกรรมที่ใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น การหยิบจับสิ่งของที่มีขนาดเล็กๆ การยับยั้งรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น การใช้สองมือประสานกัน ทำกิจกรรมหรือจับสิ่งของต่างๆ กิจกรรมฝึกให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวแขนและมือให้สามารถกลับมาใช้งานได้มากที่สุด ได้แก่ การฝึกให้ผู้ป่วยนำมือไปแตะอวัยวะต่างๆ ของตนเอง เช่น ใช้นิ้วชี้ด้านที่เป็นอัมพาตไปแตะหู จมูก หน้าผาก หัว หรือเสยผม เป็นต้น ฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอื้อมมือไปหยิบแก้วน้ำมาดื่มหรือใช้ช้อนตักข้าว ฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามใช้มือข้างอัมพาตช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การติดกระดูกเสื้อ ใช้ช้อนตักอาหาร การผูกเชือกรองเท้า หยิบเม็ดยา เป็นต้น การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ ให้ทำซ้ำๆ ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุด องศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติในแต่ละท่าทำซ้ำๆ ท่าละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ ไม่ควรทำการเคลื่อนไหว หลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวด หรือ พบปัญหาอย่างอื่นตามมา ควรหยุดและปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด

การดูแลผิวหนัง ผู้ป่วยที่มีผิวหนังแห้งควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น หลังทำความสะอาดร่างกายควรทาโลชั่น 3-4 ครั้ง/วัน เพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายและซับให้แห้งอย่างเบามือ ทาวาสลีน

หรือ Zinc paste ให้หน้าบริเวณผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก แก้มกันทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันผิวหนังเปื่อยขึ้น ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยการออกกำลังกาย ระวังอุบัติเหตุที่เกิดกับผิวหนัง เช่น การกระแทก จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ให้ผิวหนังอับชื้น หลีกเลี่ยงการนวดปมกระดูกโดยเฉพาะที่มีรอยแดง จะทำให้การไหลเวียนลดลง หลีกเลี่ยงการใช้ความร้อนประคบบริเวณผิวหนังที่มีความรู้สึกน้อยหรืออ่อนแรง ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดแห้งและเรียงเตียงเสมอ เพื่อลดความเปียกชื้นและลดแรงเสียดทาน จัดเสื้อผ้าให้เรียบ หลีกเลี่ยงการนอนทับตะเข็บเสื้อและปมผูกต่างๆ เพื่อลดแรงกดบริเวณผิวหนัง

การเคลื่อนย้าย แนะนำใช้แรงยกไม่ควรใช้วิธีลาก ไม่ควรเคลื่อนย้ายตามลำพัง ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ขณะเคลื่อนย้ายโดยใช้รถเข็นควรสวมรองเท้าหุ้มส้นทุกครั้ง และรัดสายรัดกันเท้าตกเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ไม่ควรอยู่ในท่านั่งนานเกิน 1 ชั่วโมง

การดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติหรือผู้ดูแล สอบถามถึงอาการป่วย อาการทางอารมณ์ เพื่อเตรียมตัวและสร้างความเข้าใจต่อพฤติกรรมหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ให้อภัยและให้กำลังใจผู้ป่วย หมั่นแสดงออกทางคำ พูด สีหน้า สายตา และการสัมผัสต่อผู้ป่วยว่าครอบครัวยังรักและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย อยู่เสมอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย สบายใจ อำนวยความสะดวกต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน วางเครื่องใช้ในบ้านให้ผู้ป่วยสามารถหยิบจับสิ่งของได้

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น ADL = 6 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีอ่อนแรงซีกขวา กำล้างแขนขาข้างขวา grade 0 ผู้ป่วยอยู่บนเตียงโดยไม่ยกไม้กั้นเตียง ญาติไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุตกเตียง

กิจกรรมการพยาบาล : แนะนำผู้ป่วยและญาติให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมทั้งบริเวณเตียง วางของใช้ที่จำเป็น ให้อยู่ใกล้ หยิบใช้ได้สะดวก ปลอดภัย แนะนำปรับระดับเตียงให้ต่ำ และล็อคเตียงไว้ไม่ให้เลื่อนได้ ยกไม้กั้นเตียงขึ้น และตรวจสอบความเรียบร้อยทุกครั้งหลังเอาไม้กั้นเตียงลง กระตุ้นผู้ป่วยออกกำลังกายแขน-ขาข้างที่อ่อนแรง ทั้งแบบ active และ passive exercise โดยมีญาติคอยช่วยเหลือ ทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แนะนำญาติ ฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยดิ่งสายยางออกและรับประทานอาหารเหลวเอง ญาติแจ้งว่ารับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 0 ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพียงพอ ไม่มีอาการสำลัก

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินสภาพการกลืนของผู้ป่วย ฝึกวิธีการกลืน (เสวลักษณะ จันทระเกษมจิตร, และคณะ, 2563) ด้วยการบริหารริมฝีปากและแก้ม (Lip exercise / Cheek exercise) โดยการอ้าปากกว้าง

ออกเสียง “อา”/เม้มริมฝีปากแน่นๆ แล้วคลายออก กิจกรรมการเป่า ดูด เช่น ดูดน้ำด้วยหลอด เป่านกหวีด เป็นต้น ทำปากจู้สลับกับฉีกยิ้ม หรือออกเสียง “อุ”สลับเสียง “อี”/กักลมในปากให้แก้มบ่งแล้วเป่าลมออกซ้ำๆ การบริหารลิ้น (Tongue Exercise) โดยให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะมุมปากและกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน ให้ผู้ป่วยแตะลิ้น/ให้ผู้ป่วยพูด ลาลาลา คาคาคา ซ้ำหลายๆ รอบ ใช้น้ำหวานแตะบริเวณริมฝีปากบน และล่างมุมปาก แล้วให้ผู้ป่วยพยายามใช้ลิ้นเลียหรือแตะบริเวณริมฝีปากและมุมปาก ให้ยกลิ้นแตะเหงือก และเคลื่อนลิ้นจากด้านหน้าไปด้านหลังสลับกันไปมา ดันลิ้นออกมานอกปากให้ญาติใช้ไม้กดลิ้นดันลิ้นไปในทิศทางตรงกันข้ามคือด้านหลังหรือทิศทางซ้ายขวา และการบริหารขากรรไกรโดยอ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาที และออกเสียง อา แล้วหุบปากให้ฟันกระทบกัน ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) เคลื่อนไหวขากรรไกรในลักษณะการเคี้ยวข้าว หรือเคี้ยวหมากฝรั่งทำซ้ำ 5-10 รอบ

แนะนำการดูแลการรับประทานอาหารโดยจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร ลดสิ่งกระตุ้น ขณะรับประทานอาหาร เช่น ไม่ดูทีวี เพราะจะทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง จัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ ให้ความสะดวกในการรับประทานอาหารไม่ควรเร่งผู้ป่วย จัดทำให้อายุอยู่ในท่านั่ง ก้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย เลือกอาหารที่กินง่ายที่สุดโดยให้เริ่มอาหารบด หรือ ปั่นชั้น เช่น มันบด สังขยา ต่อมาลองให้อาหารอ่อนขึ้น เช่น โจ๊ก ข้าวสวยนิ่มๆ จนสามารถกลืนได้ดีจึงให้อาหารธรรมดา เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้สุก จนสามารถรับประทานอาหารที่เป็นน้ำได้ เช่น นม น้ำผลไม้ หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจใช้หลอดดูด หรือใช้ซอ้อนป้อนให้ดื่มทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง แปรงฟัน บ้วนปาก ล้างเศษอาหารที่เหลือค้างในกระพุ้งแก้มด้านที่อ่อนแรงออกให้หมดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร การจัดท่านั่ง ขณะรับประทานอาหารที่พบบ่อยโดยจัดที่นั่งพื้นเรียบไม่ยืดหยุ่น เท้าวางราบบนพื้น มีอวางบนโต๊ะลำตัวอยู่ในท่าสมดุล เท้าวางพื้น เข่างอ 90 องศา ลำตัวโน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย ก้มหน้าเล็กน้อย

แนะนำญาติสังเกตอาการการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เช่น มีอาการเวียนศีรษะ ซึมลง ริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย ให้รีบปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผิวหนังและริมฝีปากไม่แห้ง ไม่มีอาการสำคัญ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่าย หยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกล็ดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน : ญาติพาผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิกได้ยาต้านเกล็ดเลือดมารับประทานโดยไม่ได้หยุดยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

กิจกรรมการพยาบาล : ติดตามดูแลให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังอันตรายของภาวะแทรกซ้อน จากยาต้านเกล็ดเลือด ที่เกินขนาด ประสานเภสัชกรในการออกตรวจเยี่ยมประเมินตรวจสอบการใช้ยา การจัดเก็บและให้คำแนะนำในการใช้ยา ปรึกษาแพทย์เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แนะนำผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังการหกล้ม การกระแทก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกไม่หยุด แนะนำญาติ

สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดจากการมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ที่ต้องไปพบแพทย์ เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง อาเจียนพุ่ง แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงหรืออ่อนแรงมากขึ้นจากเดิม มีจุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด

การประเมินผลการพยาบาล : ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกที่ใด ผู้ป่วยและญาติทราบ
ตอบคำถามได้ถึงอันตราย และอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลยังคลาดเคลื่อน เช่น
พาไปรักษาที่อื่นซ้ำ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

กิจกรรมพยาบาล : แนะนำการดูแลผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรป้องกันก่อนการเกิดโรคและควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจทำให้เกิด
อาการ ตีบ อุดตัน หรือแตก โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ หลีกเลี่ยงการ
รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง เช่น อาหารทอดต่างๆ แกงกะทิ เครื่องในสัตว์
เนื้อสัตว์ติดมัน ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานผลไม้และผักให้มากยิ่งขึ้น ออกกำลังกาย
อย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด
แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตัน เช่น ระดับ
ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง อาเจียนพุ่ง แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงหรืออ่อนแรงมากขึ้นจากเดิม ประสาน
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ช่วยในการติดตาม

การประเมินผลการพยาบาล : ไม่พบภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 84 ปีเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญด้วยอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด
5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2565 เวลา 01.20 น. ผลการตรวจร่างกาย สัญญาณชีพปกติ
E4V2M5 pupil 3 mm. RTL BE Motor power แขนข้างขวา grade III ขาข้างขวา grade II แขนขาข้างซ้าย
grade V NIHSS Score 16 คะแนน ผล CBC, Creatinine และ Electrolyte ปกติ CT Brain ผล acute
cerebral infarction แพทย์วินิจฉัยโรค Acute Stroke วางแผนการรักษาโดยให้นอนโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วย
มารับการรักษาช้ากว่าเวลาที่ส่งเข้ารับ Fast track ไม่สามารถให้ยา rt-PA ได้ โดยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่อ
ให้ยารับประทาน ฟันฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 12-15
ตุลาคม 2565 จำหน่ายผู้ป่วยไปดูแลที่บ้านโดยได้ทำการติดตามเยี่ยม3ครั้งพบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือ
ในการดูแลรักษา มีความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการไปตรวจตามแพทย์นัด ทำกายภาพบำบัด การดูแล
เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี มีความพยายามที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแล
และปฏิบัติตนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นจาก 5 คะแนน
เป็น 6 คะแนน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับเป็นซ้ำ

7. บทวิจารณ์

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยการปฏิบัติตัวโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และสามารถลดความพิการได้หากผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและเข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทัน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ตั้งแต่การประเมินแรกรับ การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการติดตาม เยี่ยมต่อเนื่อง มีการส่งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยไปยังพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ โดยให้คำแนะนำซึ่งอาจจะต้องมีการทวนสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ สอนทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลและฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้พยาบาล ควรเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและได้รับสนับสนุน การช่วยเหลือในด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้นและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวอีกด้วย

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 นอกจากการเยี่ยมบ้านแล้วควรมีการปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อค้นหาปัญหาและสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น เช่น หลักการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการส่งเสริมความรู้เฉพาะราย หรือแนวคิดการจัดการตนเอง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเองในด้านการรักษาพยาบาล ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและด้านการจัดการด้านอารมณ์

8.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ควรจะมีการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล

8.3 การดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยนอกจากทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ควรทำร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน เพื่อเป็นแรงผลักดันในการสนับสนุนให้มีนักบริบาลของตำบลรวมทั้งได้รับการสนับสนุนและดูแลด้านอื่นๆ

9. บรรณานุกรม

- กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562).คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.สมุทรสาคร:บริษัท บอรั่น ทู บี พับลิชชิงจำกัด
- วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล.(2560).ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู.พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพฯ:ม.ป.พ.
- สถาบันประสาทวิทยา.(2556).คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน.พิมพ์ครั้งที่3.ม.ป.ท.ม.ป.พ.
- สถาบันประสาทวิทยา.(2559).แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.พิมพ์ครั้งที่1 กรุงเทพฯ:บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2565). โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ.พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2564,4พฤศจิกายน).สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.37(4):54-58.

สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2566,31มกราคม).อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
39(2):39-46.

เสาวลี นิจอภัย.(2560,3กันยายน-ธันวาคม).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน.วารสารวิชาการแพทย์
เขต11.28(3):808-816.

เสาวลักษณ์ จันทระเกษมจิตร¹,ไพริน เลหาสินณรงค์²,และอำนาจ ลวงตระกูล.(2563,3กรกฎาคม-กันยายน).การฝึกกลืน
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและระยะคอหอย.เวชบันทึกศิริราช:13(3) 205-209

อมรรัตน์ ลัทธธรรมรักษ์¹,อภิวรรณ ญัฐมนวรกุล²,ศศิภา จินาจัน³,และกัลยพร นันทชัย⁴.(2554).คู่มือการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้ดูแล.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:บริษัท บีคอนด์ พับลิชชิง จำกัด