



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
ทางหลอดเลือดดำร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว

นันทิยา สุโน, พย.บ.
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด
E-mail: hs2sth@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ต้องชังชายไทยอายุ 69 ปี เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรงเฉียบพลัน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจรจังหวะไม่สม่ำเสมอ อัตรา 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 175/105 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % Capillary Blood Glucose (CBG) 88 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Neuro signs E4V4M6 Pupil Right eye 2 มิลลิเมตร Pupil Left eye 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง (RTL BE) Left facial palsy. Dysarthria Motor power แขนขาขวา grade 5 แขนขาซ้าย grade 0 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบว่าเป็น Atrial Fibrillation (AF) rate 122 ครั้ง/นาที โดยมีความผิดปกตินี้เป็นครั้งแรกไม่เคยตรวจพบมาก่อน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke with AF ได้รับการดูแลให้ on 0.9% NSS 1,000 ml rate 80 ml/hr. On EKG monitor เพื่อติดตามการเต้นของหัวใจใกล้ชิดตลอดเวลา นำผู้ป่วยเข้าระบบ Fast track stroke ประเมิน NIHSS ได้ 9 คะแนน ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง CT SCAN (ซีที สแกน หรือ Computerized Tomography Scan) (ผล CT brain: Suspected acute to subacute infarction at the right frontal white matter. Hypodensity of the distal M1 segment of the right MCA, possibly thrombosis. มีเส้นเลือดสมองตีบและมีแนวโน้มที่จะมีเส้นเลือดอุดตัน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา rt-PA แพทย์อายุรกรรมประสาทให้การักษา โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยและญาติยินยอมได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) ขนาด 5 mg vein bolus dose in 1 min then 44.5 mg vein drips in 60 mins. Door to needle time รวม 58 นาที(เป้าหมาย 60 นาที)รวมระยะเวลาตั้งแต่ on set ถึงได้รับยา 2 ชั่วโมง 10 นาที แต่เนื่องจากอาการอ่อนแรงของผู้ป่วยด้านซ้าย motor power grade 0 และผลอ่าน CT มีความน่าจะเป็นว่ามีการอุดตันของเส้นเลือดสมอง แพทย์อายุรกรรมประสาทจึงมีคำสั่งการรักษา ให้ส่งตรวจ CTA (Computed Tomography Angiography) เร่งด่วนเพื่อหาตำแหน่งของหลอดเลือดแดงที่ตีบหรืออุดตัน โดยให้ส่ง CTA หลังจากที่เริ่มให้ rt-PA ซึ่งต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและติดตามการเต้นของหัวใจอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยหลังกลับจาก CTA รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ โดยในระหว่างที่เฝ้าระวังและติดตามอาการขณะรอผล CTA พบว่าผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงเป็น Regular narrow QRS complex เต้นเร็วผิดปกติ HR 160-180 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น กระสับกระส่าย ได้รับการแก้ไขโดยแพทย์ได้ให้ยา Adenosine double syringe 6 mg ทางหลอดเลือดดำ HR ยังอยู่ในช่วง 160-180 ครั้งต่อนาที จึงให้ยา Adenosine double syringe อีก 12 mg อาการยังไม่ดีขึ้น EKG ระหว่างการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงด้วย EKG monitor คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนเป็น Irregular narrow QRS complex เต้นเร็วผิดปกติ HR 170-180 ครั้งต่อนาที เป็นภาวะหัวใจเต้นพลิ้วอย่างรวดเร็ว (Atrial

Fibrillation with Rapid ventricular response) แพทย์จึงให้ยา amiodarone 150 mg.+5%DW 100ml iv drips in 30min then amiodarone 900 mg. +5%DW 500 ml iv drips in 24 hr. หลังจากนั้นสามารถควบคุมการเต้นของหัวใจให้อยู่ในระหว่าง 120-130 ครั้ง/นาที อาการใจสั่นทุเลา ต่อมาผล CTA พบว่า Suspected acute to sub-acute infarction involving the right frontal white matter, right basal ganglia and anterior limb of right internal capsule. Total occlusion of the distal M1 segment of the right MCA with distal reconstitution at the M2 segment. ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการอุดตันของหลอดเลือดสมอง การให้ยาละลายลิ่มเลือดเพียงอย่างเดียวอาจไม่เป็นผล แพทย์อายุรกรรมประสาทจึงพิจารณาให้ประสานส่งต่อไปรับการรักษาที่สถาบันประสาท เพื่อรักษาด้วย Mechanical thrombectomy พยาบาลประสานส่งต่อไปสถาบันประสาทแล้วแจ้งว่า เนื่องจากคะแนน ASPECT (ASPECTS: Alberta Stroke Program Early CT Score) ได้ 5 คะแนน ไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเป็นข้อบ่งชี้การทำ Mechanical thrombectomy ขอให้รักษาที่โรงพยาบาลต่อไปตามอาการและควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมระยะเวลาประสานส่งต่อ 2 ชั่วโมง 30 นาที รายงานแพทย์อายุรกรรมประสาทจึงพิจารณาให้ admit ที่ stroke unit observe clinical post rt-PA เวลา 16.30 น. ประสานหอผู้ป่วยก่อนส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ซีพจรจังหวะไม่สม่ำเสมอ อัตรา 114-132 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 161/104 mmHg ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน 100 % Motor power แขนขวา grade 5 แขนซ้าย grade I ขาซ้าย grade 0 ไม่มีอ่อนแรงเพิ่ม โดยมีพยาบาลดูแลระหว่างการส่งต่อเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน รวมเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องฉุกเฉิน 5 ชั่วโมง 58 นาที

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญและเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันที่สามารถลดอัตราการตาย และลดความพิการ รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยการวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมภายใต้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กำหนดอย่างเหมาะสม

โรคหลอดเลือดสมองมีหลายชนิด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (ischemic stroke) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดตีบ และอุดตันในระยะเฉียบพลันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) ได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยเป้าหมายหลักของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือลดอัตราการตาย ความพิการและค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำล่าช้าพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าได้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีโอกาสเกิดความล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะถึง 2.7 เท่าและปัจจัยอีกอย่างที่มีผลคือ ระบบการนำส่งผู้ป่วยพบว่า หากเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัวจะมีโอกาสได้รับยาช้ากว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือจากโรงพยาบาลชุมชนถึง 3.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทิพย์มาศ, พบสุข, 2563) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่แรกรับไว้ดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและพยาบาลผู้ดูแลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ทัศนีย์ ต้นติฤทธิศักดิ์, 2562)

พยาธิวิทยา

โรคหลอดเลือดสมองตีบมีสาเหตุ 2 ลักษณะ 1) เกิดจากการมีลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดเกิดขึ้นที่ผนังหลอดเลือด และส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีไขมันเกาะหลอดเลือด และความดันเลือดสูง (hypertension) ส่งผลให้ขนาดรูของหลอดเลือดแดงเล็กลงจนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือเกิดการอุดตันของลิ่มเลือดทำให้สมองขาดเลือด การตีบตันเกิดขึ้นได้ทุกแห่งพบมากบริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติดส่วนใน (internal carotid artery) และหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (middle cerebral artery) ซึ่งแขนงเหล่านี้จะไปเลี้ยงส่วนควบคุมการเคลื่อนไหว และส่วนควบคุมการรับรู้ความรู้สึก 2) มีชิ้นส่วนของลิ่มเลือดหรือชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบ หลุดลอยออกมาเข้าสู่การไหลเวียนเลือดแดงในสมอง และอุดตันแขนงหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่พอดีกับขนาดของสิ่งอุดตัน โรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด เช่น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภาวะหลังผ่าตัดหัวใจ สิ่งอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ เช่น ฟองอากาศ (air embolism) หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดชิ้นส่วนของไขมัน มักจะเกิดหลังได้รับบาดเจ็บ เช่น มีกระดูกแตกหักหลายชิ้น นอกจากนี้ยังมีชิ้นส่วนจากเศษเนื้องอก หรือมีสภาวะบางสภาวะที่ทำให้เกิดส่งอุดตันได้อีก เช่น ภาวะเลือดหนืด (polycythemia) และการใช้ยาคุมกำเนิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพในสมองจากสาเหตุดังที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางระบบประสาทซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลจากการเสียการทำงานของสมองเฉพาะส่วน ดังนั้นอาการแสดงจึงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีสาเหตุมาจากภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (AF) จึงต้องเฝ้าระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากอาการของภาวะหัวใจเต้นพลิ้วจะเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นอย่างรวดเร็วถูกต้อง ทันเวลาพ้นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยปลอดภัย สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ลดความพิการลงได้ (เพ็ญใจ ดาววัลย์, 2562)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะแตกต่างกันตามตำแหน่งที่เกิดตามลักษณะทางกายวิภาคและเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบได้แก่

1) มีความพิการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของเมดัลลา สมองส่วนหน้า เปลือกสมอง หรือสมองน้อย ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้นการเคลื่อนไหวลำบาก หรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย อาการที่เกิดขึ้นจะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง หลังจากผ่านพ้นระยะอ่อนปวกเปียกจะเกิดอาการเกร็ง โดยจะเกิดอาการงอของข้อมือ ข้อศอกนิ้วมือกำแน่น ข้อตะโพกกางออก เข่าและเท้าจะงอเข้า ถ้าอาการเกร็งอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่างๆ สูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะทำให้ข้อต่อต่างๆ เหยียดลำบาก

2) มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อสาร เกิดจากมีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายซึ่งถือว่าเป็นสมองซีกเด่น เนื่องจากสมองซีกเด่น จะมีศูนย์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจและการใช้ภาษา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้แม้มองเห็นเนื่องจาก ไม่เข้าใจภาษาเขียนเกิดจากบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area) ซึ่งเป็นศูนย์ก่อให้เกิดความเข้าใจภาษาถูกทำลาย สำหรับผู้ป่วยที่เข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียนแต่ไม่สามารถสื่อสารออกมาได้ เนื่องจากมีการทำลายบริเวณโบคา (boca's area) ซึ่งเป็นบริเวณที่ทำหน้าที่ควบคุมการสื่อสารภาษา

3) มีความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนอาหารซึ่งเป็นการทำงานของเส้นประสาทหลายเส้นประกอบกัน เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า และในขณะที่เคี้ยวอาหาร เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9,10,12 ซึ่งควบคุมการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก

4) มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบข้าง (parietal) โดยเฉพาะสมองซีกไม่เด่นความผิดปกติที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แร้งกต ความร้อน ความเย็น ผู้ป่วยจึงละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่มีอาการ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องเรื่องการปรับท่า การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ที่พบบ่อย คือ ตาบอดครึ่งซีก (homonymous hemianopsia) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่ร่างกายเป็นอัมพาตจึงละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางรายอาจมีความผิดปกติในลักษณะมองเห็นภาพซ้อน เนื่องจากมีความบกพร่องของสมองคู่ที่3,4,6 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการมองเห็น บางรายอาจพบความผิดปกติด้านสติปัญญา เช่น การสูญเสียความทรงจำอาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านมา (recent memory) พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโปรัล (temporal lobe) หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเอง หรือเหตุการณ์ที่ผ่านมา พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปของสมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้พบความผิดปกติเกี่ยวกับการคิด แก้ไขปัญหา ขาดสมาธิ

5) มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (กันยา อ้อยลี,2559)

การวินิจฉัย ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาท มีสาเหตุมาจากสมองซึ่งเกิดขึ้นทันทีทันใด ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจค่อยเป็นค่อยไป ในช่วงเวลาชั่วโมงหรือเป็นวัน (progressive stroke) การซักประวัติเบื้องต้นมีความสำคัญมาก ในกรณีที่ต้องพิจารณาการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด สิ่งสำคัญที่สุดในกรณีนี้คือ ระยะเวลาที่เกิดอาการ เนื่องจากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำที่ถือเป็นการรักษาที่มาตรฐานในปัจจุบัน จะต้องให้ในระยะเวลาที่จำกัดภายใน 4.5 ชั่วโมงถ้าผู้ป่วยหรือญาติสามารถบอกเวลาที่เกิดอาการได้อย่างแม่นยำก็จะช่วยในการตัดสินใจในการรักษา การประเมินสัญญาณชีพ ระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนของเลือดเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องพิจารณาตั้งแต่แรกจับไว้ดูแล การตรวจสัญญาณชีพนอกจากจะช่วยบ่งบอกถึงความรุนแรงอาการผู้ป่วยซึ่งอาจจำเป็นต้องรักษาอย่างเร่งด่วน ยังเป็นแนวทางในการบอกถึงสาเหตุของการเกิดสมองขาดเลือด และการพยากรณ์โรค เช่น การมีหัวใจเต้นพลิ้วผิดปกติ (atrial fibrillation) อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง การตรวจทางระบบประสาทจะช่วยในการบอกตำแหน่ง และแยกชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งบอกถึงความรุนแรงของอาการ นอกจากนี้การตรวจประเมินผู้ป่วยอาจทำได้ โดยใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน เช่น แบบประเมิน National of health stroke scale (NIHSS) มีประโยชน์มากในการประเมินความรุนแรงของอาการ ผู้ที่มีคะแนนของNIHSS ยิ่งมากแสดงว่ามีความผิดปกติของระบบประสาทมาก และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่สำคัญจะเป็นประโยชน์มากในผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ซึ่งสามารถแยกภาวะสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมองออกจากกันได้ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 4 อย่างได้แก่ 1) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และช่วยวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆโดยเฉพาะการมีเลือดออกในสมอง 2) ช่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะการให้ยาละลายลิ่มเลือด 3) ช่วยในการบอกตำแหน่งของหลอดเลือดที่น่าจะเป็นสาเหตุของโรค รวมทั้งพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรค 4) เพื่อเป็นการประเมินระบบอื่นๆของผู้ป่วยว่ามีปัญหาทางด้านอายุรกรรมหรือปัญหาทางระบบประสาทที่อาจเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ นอกจากนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการก็เป็นสิ่งจำเป็นในการตัดสินใจในการรักษาในระยะเฉียบพลันได้แก่ การ

ตรวจเม็ดเลือด (complete blood count)ระดับน้ำตาลในเลือด เกลือแร่ในเลือด (serum electrolyte), partial thromboplastin time (PTT), Prothrombin time (PT), International Normalized Ratio (INR) และตรวจการทำงานของไต(นิจศรี ชาญณรงค์,2559)

แนวทางในการรักษา มีดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดนประเมินสัญญาณชีพ ดูแลทางเดินหายใจวัด Oxygen Saturation ถ้ามีความปกติควรรีบแก้ไขอย่างรวดเร็ว

2. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) เป็นมาตรฐานของการรักษาในโรคสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันการรักษามักจะใช้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อกำจัดลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น ในกรณีที่การซักประวัติพบว่าในผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก หลังจากเกิดอาการ โดยยาที่ใช้คือ Recombinant Tissue Plasminogen Activator (t-PA) โดยขนาดยาที่ให้ คือ 0.9 มก/กก. ให้ทางหลอดเลือดดำแต่ขนาดของยาทั้งหมดต้องไม่เกิน 90 มก. โดยร้อยละ 10 ให้ฉีดทันทีทางหลอดเลือดดำ ในรายที่ไม่มีความเสี่ยงเลือดออกในสมอง แพทย์อาจพิจารณาใช้ยาละลายลิ่มเลือด (It-PA) ชนิดฉีด ยาชนิดนี้ หากยังได้รับเร็วประสิทธิภาพในการรักษาก็จะยิ่งดีขึ้น แต่ก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วยผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยให้แน่ชัดว่าสมองขาดเลือดเพราะหากวินิจฉัยผิดการใช้ยาจะยิ่งทำให้อาการร้ายแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยาดังกล่าว ยังมีผลข้างเคียงที่อันตรายโดยอาจทำให้เกิดเลือดออกในสมองได้โดยภายหลังการให้ยามีขั้นตอนการดูแลรักษา ดังนี้ คือ

2.1) ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS,CBC, Platelet Count, PT, PTT, Electrolyte, การตรวจภาพรังสีปอด (CXR), การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อวินิจฉัยโรคและแยกภาวะสมองขาดเลือดออกจากภาวะเลือดออกในสมอง

2.2) ซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทผู้ป่วยโดยละเอียดอีกครั้ง โดยเน้นถึงข้อบ่งชี้และข้อจำกัดในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดซึ่งมีข้อห้ามที่ให้ไม่ได้คือ มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน มีประวัติบาดเจ็บศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดิน ปัสสาวะใน 21 วัน มีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นเองอย่างมากในเวลาอันรวดเร็ว มีอาการชักแต่เริ่มแรก มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงเวลาอันใกล้ ความดันโลหิตก่อนให้การรักษาสูงกว่า 185/110 mmHg มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50มก/ดล. หรือสูงกว่า 400 มก/ดล. มีปริมาณเกร็ดเลือดมากกว่า100,000/mm³ ได้รับยา Heparin ภายใน 48 ชั่วโมงและมีค่าPTT ปกติและค่า PT มากกว่า 15 วินาที และ INR มากกว่า 1.7

2.3) ประเมินความดันโลหิตและสัญญาณชีพเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะมีหลอดเลือดในสมองแตกได้และอาจเป็นข้อบ่งชี้ถึงความผิดปกติในสมองคือความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น มีสมองบวมหรือเลือดออกในสมอง ควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 mmHg ก่อนการรักษาและให้ต่ำกว่า 180/105 mmHg ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการรักษา ดังนั้นใน 2 ชั่วโมงแรกหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดควรวัดความดันโลหิตทุก 15 นาที หลังจากนั้นควรวัดทุก 30 นาที จนครบ 6 ชั่วโมงและต่อไปทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง

2.4) ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาทในระหว่างให้ยาทุก 15 นาที หลังจากนั้นควรมีการประเมิน ทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นควรประเมินทุก 30 นาทีจนครบ 6 ชั่วโมงและต่อไปทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัวและความผิดปกติทั่วไปที่เกิดขึ้นด้วย

2.5) ประเมินภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการมีเลือดออกในระบบต่างๆ เช่น เลือดออกใน ทางเดินอาหารทางเดินปัสสาวะ ในกล้ามเนื้อหรือตำแหน่งอื่นๆ

2.6) ประเมินอาการแพ้ยา โดยเฉพาะการบวมที่ปากและลิ้นหรืออาการแพ้อื่นๆ

ยาที่ใช้ในการรักษา

1. ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ ยาแอสไพริน (Aspirin)

2. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ มีอาการใจสั่น และผู้ที่มีลิ่มเลือดที่ขาหรือผู้ที่เคยมีประวัติการเกิดลิ่มเลือด อาจต้องใช้ยาชนิดนี้ร่วมกับยาชนิดอื่นๆ เพื่อป้องกันการก่อตัวของลิ่มเลือดในอนาคต ยาที่นิยมใช้

ได้แก่ Warfarin ,Apixaban ,Dabigatran , Edoxaban ,Rivaroxaban

3. ยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ยาลดความดันโลหิตเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมองในระยะยาว

4. ยาลดไขมันในเลือด หากระดับไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยจะต้องใช้ยาลดไขมันในเลือดเพื่อป้องกันไขมันสะสมกลายเป็นคราบพลัคเกาะที่ผนังหลอดเลือด จนกลายเป็นสาเหตุให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด นอกจากการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะสมองขาดเลือดแล้วยังมีวิธีการรักษาอื่น ๆ ได้แก่

1. การผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ (Carotid endarterectomy) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดตีบอย่างรุนแรงอาจต้องใช้การผ่าตัดเพื่อเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอเพื่อกำจัดสิ่งอุดตันหลอดเลือดออก

2. การใส่สายสวนหลอดเลือดในสมอง (Mechanical Thrombectomy) ในกรณีที่มีลิ่มเลือดอุดตันขวางการไหลเวียนของหลอดเลือด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2559)

ภายหลังการเกิดสมองขาดเลือดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายต่อสมองและความผิดปกตินั้นจะมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว โดยสามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดออกเป็น 2 ระยะดังนี้

1.การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน

1.1) การดูแลระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากตำแหน่งต่างๆของการขาดเลือดในสมองของผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้มีปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจและยังทำให้รีเฟล็กซ์ ที่ป้องกันการสำลักลดลงและการที่มีภาวะขาดออกซิเจนจะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายรุนแรงมากขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2559) ดังนั้น ต้องคอยดูแลและประเมินการหายใจของผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยถ้าระดับออกซิเจนในเลือด(Oxygen Saturation) ต่ำกว่าร้อยละ 94 ควรดูแลให้ออกซิเจน Nasal canular 3 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube)

1.2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการติดตามการประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรกเนื่องจากภาวะสมองขาดเลือดสามารถทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเต้นของหัวใจผิดปกติและความดันที่สูงหรือต่ำเกินไปจะมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง

1.3) การดูแลด้านสารน้ำและเกลือแร่ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา โดยให้ในรูปแบบ Isotonic Solution ใน 24 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะขาดน้ำได้ง่าย เช่น มีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือมีอาการกลืนลำบากและไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคส เนื่องจากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อยอยู่ในระหว่างการงดน้ำและอาหาร และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหรือมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นควรจำกัดสารน้ำไม่ให้มีปริมาณมากเกินไปเพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้นได้

1.4) การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เมื่อพบว่าถ้าผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การดูแลเพื่อให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง ซึ่งพบว่าการลดไข้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของโรคที่ดีขึ้น เนื่องจากการที่มีอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นเกินปกติมีผลทำให้บริเวณของสมองขาดเลือดกว้างขึ้นและทำให้ผลการรักษาแย่งลง ทั้งนี้เนื่องจากทำให้สมอง ต้องใช้พลังงานมากขึ้นและมีการหลั่งของสารสื่อประสาทและอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น

1.5) การดูแลและประเมินการกลืน ในผู้ป่วยบางรายความผิดปกติในสมองอาจทำให้มีปัญหาด้านการกลืนโดยเฉพาะการกลืนของเหลวอันจะนำมาซึ่งการสำลักและติดเชื้อในปอด ดังนั้นจึงควรมีการดูแลและประเมินการกลืนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้จำเป็นต้องงดอาหารและน้ำทางปากใน ช่วงแรกจนกว่าจะผ่านพ้นช่วงวิกฤต

Atrial fibrillation (AF) เป็นภาวะการเต้นผิดปกติของหัวใจ (arrhythmia) ที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ในคนไทย AF พบใน 0.36% ของประชากรทั่วไป [1] และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปีผลกระทบที่สำคัญของ AF คือการเกิดเลือดแข็งตัวในหัวใจห้องบนซ้าย ซึ่งมีโอกาสหลุดเข้าไปในกระแสโลหิตทำให้เกิดอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ได้ สาเหตุของการเกิด Atrial Fibrillation มีทั้งที่เกิดจากหัวใจ เช่น โรคของลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ(pericarditis) หรือเกิดจากสาเหตุที่ไม่ใช่หัวใจ เช่น ปอด อักเสบ การผ่าตัด การไม่สมดุลของเกลือแร่ Hyperthyroidism การได้รับสารจำพวก Cocaine Caffeine หรือภาวะ Acute alcohol intoxication ผู้สูงอายุ กรรมพันธุ์ ภาวะเครียด โรคอ้วน หรือไม่ทราบสาเหตุ โดยอาการและอาการแสดงของภาวะโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด หัวใจเต้นสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF) (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2559) หัวใจเต้นสั่นพริ้ว มีผลทำให้ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัว (Ventricular stroke volume) ลดลง ประมาณร้อยละ 20 แต่ผู้ป่วยอาจจะมีหรือไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยบางคนได้รับการวินิจฉัยขณะที่ตรวจร่างกายแล้วพบว่าหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยบังเอิญหรือในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น อาการใจสั่น จนกระทั่งอาการมาก ๆ ก็ได้ เช่น น้ำท่วมปอด (Acute pulmonary edema) แต่ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย (Fatigue) อ่อนแรง สับสน เวียนศีรษะ หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก อาการอาจจะเป็น ๆ หาย ๆ (Paroxysmal) หรือมีอาการเรื้อรัง ซึ่งแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน การรักษาภาวะหัวใจเต้นสั่นพริ้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาอาการและลดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2559)

1. การคุมอัตราการเต้นของหัวใจ การคุมอัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างไม่ให้เร็วเกินไป โดยอาศัยยากันไฟฟ้าผ่าน AV node หากหัวใจห้องล่างเต้นเร็วและไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง และล้มเหลวตามมาได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องควบคุมอัตรา การเต้นของหัวใจขณะพักให้ไม่สูงกว่า 110 ครั้งต่อนาที

2. การปรับจังหวะการเต้นของหัวใจทำได้ ดังนี้ (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2559) 1) การรักษาด้วยยา มียาหลายตัวที่สามารถปรับจังหวะการเต้นหัวใจ ให้กลับมาเต้น เป็นปกติได้ และให้ยา warfarin เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทุกราย 2) การช็อก ด้วยไฟฟ้า (Cardioversion) ข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องทำการควบคุมจังหวะโดยฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงตัว ในขณะที่เกิดโรคหัวใจเต้นสั่นพริ้ว 3)การจี้รักษา (Ablation Therapy) ข้อบ่งชี้ในการจี้รักษา คือ ผู้ป่วยที่ยังมีอาการจากโรคหัวใจ เต้นสั่นพริ้วอยู่มาก แม้ว่าได้รับการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างแล้ว ซึ่งปัญหาของโรคโรคหัวใจเต้นสั่นพริ้วร่วมกับการมีภาวะเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลันเป็นความยุ่งยากซับซ้อนของโรคที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตเร่งด่วน จึงต้องใช้ทักษะในการประเมินผู้ป่วยด้วยความชำนาญให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและได้รับการช่วยเหลือได้รับยาได้ทันเวลาเพื่อลดความพิการและลดอัตราเสียชีวิตจากกลุ่มโรคดังกล่าว



ระยะเวลาที่ดำเนินการ

16 สิงหาคม 2566 เวลา 10.42 น.- 16.40 น. รวมเวลา 5 ชั่วโมง 58 นาที

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อะไรได้ตามสั่งได้ แต่พูดไม่ชัด มีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง รูปร่างทั่วไป ชายไทยรูปร่างผอมสูง น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 19.03 สัญญาณชีพแรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉิน อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจรจังหวะไม่สม่ำเสมอ อัตรา 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 175/105 mmHg ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % DTX 88 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

- ผิวหนัง : ผิวหนังแห้ง ไม่มีรอยแตกไม่มีผื่นไม่มีจ้ำเลือดไม่บวม เล็บมือสะอาดไม่ซีดไม่มีนิ้วปม
- ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำเข้มสีขาวยาว หงศีรษะไม่แห้ง คลำดูปกติ ศีรษะปกติอยู่กึ่งกลางลำตัวไม่เอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง มี Left facial palsy
- ต่อมไทรอยด์ที่ท่าย่อย หน้าหู หลังหู โคนขากรรไกรล่าง ได้กระดูกขากรรไกรล่างได้คาง ไม่มีการอักเสบ คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ
- ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกัน เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่ซีด ไม่เหลือง
- ไบหู จมูก ลักษณะภายนอกปกติ มีความสมมาตรทั้ง 2 ข้าง ไม่มีน้ำมูก
- ปาก มุมปากซ้ายตก ไม่มีปากแหว่ง ลิ้นสีชมพูไม่แตก ไม่มีรอยโรคที่มุมปาก ภายในปากไม่มีแผล เยื่อภายในและกระพุ้งแก้มสีชมพู ใส่ฟันปลอมด้านบน 2 ซี่ ด้านล่างไม่มีฟันปลอม
- คอ มีกล้ามเนื้อลักษณะสมมาตรกันดี ต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มี neck vein engorged
- หัวใจ : การเต้นของหัวใจจังหวะไม่สม่ำเสมอ อัตราการเต้น 118 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur
- ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตรกันดี ไม่มีอกบวม การเคลื่อนไหวของทรวงอก สอดคล้องกับลักษณะการหายใจเข้าออก ลักษณะการหายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ฟังปอด ไม่มีเสียง crepitation ไม่มีเสียง wheezing
- ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มี ascites กดไม่เจ็บ ท้องไม่อืด ตับ ม้าม คลำไม่ได้
- กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดรูป ตรวจพบแขนขาข้างอ่อนแรง motor power grade RT grade 5 motor power grade LT grade 0
- ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ พูดไม่ชัด Dysarthria No decrease sensory pinprick
- ประเมินสภาพด้านจิตสังคม จากการพูดคุยซักถามและสังเกต ขณะซักถามผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล จากการซักถามผู้ป่วยถึงสภาวะโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าตนเองจะต้องพิการหรือไม่ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง โดยผู้ป่วยถามว่า “จะดีขึ้นไหม หรือจะพิการตลอดไปหรือเปล่า” และขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินญาติสายตรงยังไม่ได้อยู่ด้วย เนื่องจากต้องเดินทางมาจากพื้นที่บ่อไร่

ผลการตรวจพิเศษ

- 1.EKG 12 lead วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผลการตรวจ : Atrial Fibrillation Irregular rate 122 bpm
- 2.Chest X Ray วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผลการตรวจ: No infiltration both lung
- 3.ผล CT brain วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผลการตรวจ



: Suspected acute to subacute infarction at the right frontal white matter. Hypodensity of the distal M1 segment of the right MCA, possibly thrombosis

ผล CTA brain วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2566

: ผล CTA พบว่า Suspected acute to sub-acute infarction involving the right frontal white matter, right basal ganglia and anterior limb of right internal capsule. Total occlusion of the distal M1 segment of the right MCA with distal reconstitution at the M2 segment.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Coagulogram วันที่ 16 สิงหาคม 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
PT	12.9	9.9-13.1 second	ปกติ
INR	1.078	2-3.5 second	ปกติ
APTT	24.8	24.3-33.5 second	ปกติ
APTT ratio	0.829		

Complete blood count วันที่ 16 สิงหาคม 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	8,600 cells/ ul	5,000 – 10,000 cell/mm ²	ปกติ
RBC	5.19 cells/ul	4.00 – 6.00 cells/ul	ปกติ
Hemoglobin	13.1 g/dL	12 – 17 g/dL	ปกติ
Hematocrit	42	42% - 52%	ปกติ
Platelet count	214,000 cells/ul	140,000 cells/ul	ปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	64 %	40 – 70 %	ปกติ
Lymphocyte	28 %	20 – 50 %	ปกติ
Monocyte	3 %	2 – 6 %	ปกติ
Eosinophil	4 %	0 – 9 %	ปกติ

Blood Chemistry วันที่ 16 สิงหาคม 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	11.3	8-20 mg/dL	ปกติ
Creatinine	1.16	0.72-1.18 mg/dL	ปกติ
eGFR (CKD-EPI)	70.72	90-120	ต่ำกว่าปกติ
Sodium	140.7	136-146 mmol/L	ปกติ
Potassium	3.54	3.5-5.1 mmol/L	ปกติ
Chloride	109	101-109 mmol/L	ปกติ
Co2	26	21-31 mmol/L	ปกติ

Anion gap	9.2	4-18 mmol/L	ปกติ
Liver function			
Total Protein	7.7	6.6-8.3 g/dL	ปกติ
Albumin	3.9	3.5-5.2 g/dL	ปกติ
Total bilirubin	0.6	0.3-1.2mg/dL	ปกติ
SGOT (AST)	14.9	<50 U/L	ปกติ
SGPT (ALT)	11.3	<50 U/L	ปกติ
Alkaline phosphatase	80.1	30-120 U/L	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจเกลือแร่ในร่างกาย การทำงานของตับและไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงค่า eGFR 70 อยู่ระหว่างระหว่าง 60 ถึง 89 ค่า eGFR ในช่วงนี้แสดงว่าประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเล็กน้อย สัมพันธ์กับช่วงอายุที่ทำให้เกิดความเสื่อมของไตได้

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Ischemic Stroke with Atrial fibrillation with Rapid ventricular response

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

1. เนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกอุดกั้นเฉียบพลัน
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน
3. อาจเกิดภาวะ cardiogenic shock เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง
4. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 1 เนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกอุดกั้นเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรงเฉียบพลัน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
2. ปากเบี้ยวมุมปากตกด้านซ้าย พูดไม่ชัด
4. มีประวัติความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 179/105 มิลลิเมตรปรอท (11.35น.)
5. ระดับความรู้สึกตัว E4V4M6 Motor Lt. gr0 Rt.gr 5, NIHSS 9 คะแนน
6. ผล CT brain: : Suspected acute to sub-acute infarction involving the right frontal white matter, right basal ganglia and anterior limb of right internal capsule. Total occlusion of the distal M1segment of the right MCA with distal reconstitution at the M2_segment. (มีการอุดตันของหลอดเลือดสมอง)

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยได้รับเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ
2. ระดับความรู้สึกตัวคงที่



เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่ซีมีลง ไม่มีอาการชัก
2. อาการทางระบบประสาทคงที่ GCS \geq 11-15 คะแนน Pupil 2-3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงปกติทั้งสองข้าง Motor power Lt. \geq gr2, Rt. gr 5
3. NIHSS \leq 9 คะแนน
4. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ 180/110 มิลลิเมตรปรอท
5. ค่า O2 saturation room air \geq 95 %
6. ผล CT brain ไม่มีความรุนแรงหรือการบาดเจ็บของสมองเพิ่ม

การพยาบาล

1. ชักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทผู้ป่วยโดยละเอียดอีกครั้ง โดยเน้นถึงข้อบ่งชี้และ ข้อจำกัดในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดซึ่งมีข้อห้ามที่ไม่ได้คือ มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน มีประวัติบาดเจ็บศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะใน 21 วัน มีอาการทางระบบประสาทที่ขึ้นเองอย่างมากในเวลาอันรวดเร็ว มีอาการชักแต่เริ่มแรก มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงเวลาอันใกล้ ความดันโลหิตก่อนให้การรักษาสูงกว่า 185/110 mmHg มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50มก/ดล. หรือสูงกว่า 400 มก/ดล. มีปริมาณเกร็ดเลือดมากกว่า 100,000/mm³ ได้รับยา Heparin ภายใน 48 ชั่วโมงและมีค่า PTT ปกติและค่า PT มากกว่า 15 วินาที และ INR มากกว่า 1.7
2. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) ขนาด 5 mg intravenous bolus dose in 1 min then 44.5 mg vein drips in 60 mins. ดูแลให้ยาผ่านเครื่องกำหนดจำนวนหยด (infusion pump) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามแผนการรักษา ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งจัดให้ผู้ป่วยนอนราบศีรษะสูง 30 องศา ไม่ให้ศีรษะพับงอ เพื่อให้การไหลเวียนที่ศีรษะดีขึ้น
4. ตรวจสอบสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที เพื่อค้นหาอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งบอกว่าการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง
5. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา 0.9% NSS Rate 80 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหาร และเกลือแร่ ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. งดน้ำและอาหารทางปากเพื่อป้องกันการสำลัก ป้องกันการสำลัก
7. จัดให้ผู้ป่วยนอนในโซนผู้ป่วยสังเกตอาการใกล้ชิด และเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเมื่ออาการทรุดลงให้พร้อมใช้ เพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม
8. อธิบายให้ญาติทราบถึงพยาธิและแนวทางการรักษาเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การประเมินผล

1. แขนขาซ้ายยังอ่อนแรง ไม่มีอาการชักเกร็ง
2. ปากเบี้ยวมุมปากตกด้านซ้าย ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง Pupils 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงปกติทั้งสองข้าง
3. พูดไม่ชัด ทำตามสั่งได้ช้าๆ Motor Power ดีขึ้นที่แขนซ้าย. Grade 1, จากเดิม Grade 0 ที่ขาซ้ายยัง Gr 0 แขนขวา Grade 5
4. ความดันโลหิตลดลง 160/80 มิลลิเมตรปรอท

5. NIHSS คงที่ 9 คะแนน
6. ค่า O2 saturation room air 98 – 99%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. Glasgow coma scale แรกรับ เท่ากับ 14 (E4V4M6) Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากัน ทั้งสองข้าง
2. ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์: Suspected acute to sub-acute infarction involving the right frontal white matter, right basal ganglia and anterior limb of right internal capsule. Total occlusion of the distal M1 segment of the right MCA with distal reconstitution at the M2 segment. (มีการอุดตันของหลอดเลือดสมอง)
3. Motor power แขนขวาระดับ 5 แขนซ้ายระดับ 1 ขาขวาระดับ 58 ขาซ้ายระดับ 0
4. ความดันโลหิต 139/85 มิลลิเมตรปรอท ถึง 167/100 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล 1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง 2. Glasgow coma scale 15 คะแนนหรือไม่ลดลงกว่าเดิม ไม่ชักเกร็ง 3. Motor power ดีขึ้นหรือไม่แยลง 4. Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง 5. ความดันโลหิตอยู่ช่วง 90/60-139/90 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก(นอนราบเลือดคั่งในสมอง นอนศีรษะสูงเกินไปเกิดสมองเลื่อน Brain herniation) แนะนำให้เลี้ยงการนอนต่ำกว่าหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า
2. แนะนำให้เลี้ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับ ของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น
3. แนะนำให้เลี้ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ
4. วัดและประเมินความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับ ความรู้สึกตัว รุ่มานตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง GCS ระยะความถี่ เฝาระวัง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป รุ่มานตา ขยายไม่เท่ากันหรือ GCS แยลง มีชักเกร็ง ต้องให้การช่วยเหลือรายงานแพทย์ทันที
5. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง ตรวจวัดและบันทึกอาการของระบบ ประสาททุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองซีกขวาตีบและมีภาวะสมองบวม เฝาระวังการมี ชีพจรเต้นแรงและช้าลง หายใจช้าลง ความดัน โลหิตสูงขึ้นPulse pressure กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะอึก เกร็ง อาเจียน หายใจไม่ สม่ำเสมอเร็วสลับหยุด หายใจเป็นระยะ (Cheyne-Stokes respirations) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา
6. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 7. สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมิน Intake output ความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ ประเมินผลการพยาบาล



ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง, Glasgow coma scale เท่ากับ 15 Motor power ดีขึ้น แขนขวาระดับ 5 แขนซ้ายระดับ 1 ขาขวาระดับ 5 ขาซ้ายระดับ 0, Pupil เท่ากับ 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิตลดลง 144/87 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 อาจเกิดภาวะ cardiogenic shock เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นชนิด narrow QRS complex เต้นเร็วผิดปกติ HR 160-180 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น กระสับกระส่าย

เป้าหมายการพยาบาล

- หัวใจเต้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ 60-100 ครั้ง/นาที
- ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Normal sinus rhythm 60-100 ครั้ง/นาที
2. ความดันโลหิต Systolic BP มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีอาการใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ
4. ปลายมือปลายเท้าอุ่นดีขึ้นและคลำชีพจรได้แรงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
5. ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 cc/kg/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและเพิ่มความถี่มากขึ้นที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะ AF ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ดังนั้นปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยง ส่วนต่างๆของร่างกายจึงมีปริมาณลดลง และอาจเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงภาวะช็อก เช่นความดันโลหิตน้อยกว่า 90 mmHg หรือ mean arterial blood pressure ลดลงกว่าเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 30 mmHg
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของการเต้นของหัวใจชนิด AF และอาการที่เกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการใจสั่น หน้ามืดเวียนศีรษะ อาการสับสนหรือกระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีด ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น พร้อมทั้งจัดบันทึก
3. ดูแลให้ออกซิเจนทางสายยางให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) มากกว่า 95% เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเหนื่อย ต้องประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดและเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างใกล้ชิด
4. ดูแลให้นอนพักบนเตียง จัดท่านอนที่สุขสบายเพื่อลดการทำงานของหัวใจ ในรายที่มีอาการหอบเหนื่อยมาก ให้นอนท่า Semi fowler's position เพื่อช่วยลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ ลดการทำงานของหัวใจ
5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาเพื่อคงไว้ซึ่งปริมาณเลือดในระบบไหลเวียน
6. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 leads ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และต้องเฝ้าติดตามคลื่นหัวใจไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง
7. เฝ้าระวังและป้องกันปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF เช่นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ไข้ ความเครียด เป็นต้น
8. บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต
9. เตรียมความพร้อมของรถ emergency with defibrillator ให้พร้อมใช้งานเมื่อเกิดภาวะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติโทรกลับมาที่ห้องฉุกเฉินสอบถามถึงอาการผู้ป่วยซ้ำๆ หลายครั้ง ก่อนที่ญาติจะเดินทางมาถึง
2. เมื่อญาติมาถึงห้องฉุกเฉินเดินเข้า- ออกจากห้องฉุกเฉินหลายครั้ง ผุดลุกผุดนั่ง ยังสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วยหลายครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ
2. ญาติทราบแนวทางขั้นตอนการรักษาและให้ความร่วมมือในการพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

ญาติลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ โดยพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจให้การพยาบาล
2. ประเมินอาการผู้ป่วยทุก 15 นาที เพื่อให้ญาติมั่นใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่ออธิบายการดำเนินของโรคของผู้ป่วย
3. อธิบายพยาธิสภาพของโรคและขั้นตอนแนวทางการรักษาให้ญาติทราบเพื่อร่วมวางแผนการรักษาและลดความวิตกกังวล
4. อธิบายให้ญาติทราบถึงความเร่งด่วนที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันที่ในสถานพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดที่ให้การรักษาได้ โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เนื่องจากได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้รับคำแนะนำในการดูแลปฏิบัติตัว และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา

การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทบทวนโอกาสพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พัฒนาคุณภาพการเข้าถึงบริการให้รวดเร็ว เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลขององค์กรอย่างต่อเนื่องต่อไป

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วจำนวน 1 รายรับผู้ป่วยไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม 2566 เวลา 10.42 น. ถึง เวลา 16.40 น. รวมเวลา 5 ชั่วโมง 58 นาที ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หลังจากมาถึงห้องฉุกเฉินในเวลา 58 นาที (ได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้ได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมง) รวมระยะเวลาตั้งแต่ on set ถึงได้รับยา 2 ชั่วโมง 10 นาที



ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วได้รับการดูแลแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว ได้รับการ ประเมิน และประเมินซ้ำ ดูแลตามระบบ Stroke fast track ทำให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามเวลาที่กำหนด สามารถควบคุมการเต้นของหัวใจให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- กันยา อ้อยลี. (2559). การพัฒนาทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารณี เจริญรื่น. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation (AF) ระยะเฉียบพลันทางยา. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ฯ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์จินตกานนท์. (2562). ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันด้วย Recombinant Tissue-type Plasminogen Activator. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(3), 227-235.
- ทิพย์มาศ พบสุข. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 45(3), 191-198.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2559). ตำราการดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ.
- เพียงใจ ดาวลัย. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 28(1), 35-42.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์(2562). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป(ฉบับสมบูรณ์ 2562). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 39(2), 39-46.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์(2559). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ.