



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง
ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน

อัจฉริภรณ์ สมุทรศิริ, พย.บ.
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลตราด
E-mail : Smd.hhc@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง กัมพูชา อายุ 55 ปี 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยภาวะไม่รู้สีกตัวแรกรับ BP195/142 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากเลือดออกในจุดที่มีความเสี่ยงในการผ่าตัดแพทย์พิจารณาไม่ทำผ่าตัดได้รับการรักษาทางยาควบคุมความดันโลหิตและดูแลแบบประคับประคอง อาการคงที่แพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในวันที่จำหน่าย วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว ตื่น ลืมตาเป็นพักๆ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/82 มิลลิเมตรปรอท GCS:E1VTM2 แขนขาขวาเกรด 0 แขนซ้ายเกรด 2 ADL0 เจาะคอ on TT tube ให้ออกซิเจน collar mask 3-5 ลิตร/นาที่ ความอึดตัวออกซิเจนขณะให้ออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ ให้อาหารทางสายยาง มีแผลกดทับผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกซ้ำ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงและเสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะมาก ให้ความรู้ญาติในการประเมินอาการของการมีเลือดออกซ้ำ เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง สอน สาธิตและทบทวนการทำกายภาพร่วมกับนักกายภาพบำบัด สนับสนุนช่วยเหลือการจัดตารางทำกายภาพ การใช้สื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ youtube สอนการประเมินอาการเพื่อให้ออกซิเจน การพ่นยาละลายเสมหะและการดูดเสมหะ ดูแลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ การจัดเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลต่อเองที่บ้านแบบ Homeward ญาติได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยติดตามเยี่ยมเสริมทักษะ เสริมความมั่นใจ ประเมินญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ญาติดูแลได้ไม่เต็มที่เพราะต้องทำงานนอกบ้าน ดูแลช่วยเหลือการจัดตารางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชน ต่อมาญาติตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ตรวจสอบนัด 1 เดือนพบ Potassium / Hct ต่ำกว่าค่าปกติ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและนักโภชนาการดูแลการปรับอาหารเพื่อเพิ่มภาวะโภชนาการ เพิ่มความสมดุลของสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ก้นขนาด 10X10 เซนติเมตร เกรด 3 แห่งดี ไม่มีเนื้อตาย ญาติทำแผลได้ดีจนแผลมีขนาดเล็กลงเหลือ 6x7 เซนติเมตร เกรด 2 การขับถ่ายใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป มีภาวะท้องผูกบางครั้งร่วมกับนักกายภาพบำบัด สอน/แนะนำการเคลื่อนไหวร่างกาย การพลิกตัวที่มีประสิทธิภาพ การให้น้ำระหว่างมื้อ การนวดคลึงกระตุ้นการทำงานของลำไส้ อาการท้องผูกดีขึ้น ขับถ่ายปกติ ญาติยังมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เดือนละประมาณ 3-4 พันบาท วางแผนร่วมกับญาติฝึกผู้ป่วยหยาออกซิเจนที่บ้านผ่านทาง line official telenursing เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการใช้เครื่องผลิตออกซิเจน และสามารถหยุดออกซิเจนได้สำเร็จ หายใจ Roomair ได้ ร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชนค้นหาแหล่งประโยชน์อื่นๆ ทั้งในและนอกชุมชนร่วมให้การสนับสนุน ช่วยเหลือมีช่องทางให้คำปรึกษาทาง line official telenursing มีช่องทางการปรึกษา ขอความช่วยเหลือทั้งในกรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีพัฒนาการดีขึ้น GCS:E2VTM2,ADL1 ญาติมีทักษะที่ดีและมีความมั่นใจสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ส่งต่อให้ รพ.สต.ในพื้นที่ดูแลต่อจำหน่ายจากความดูแล 15 สิงหาคม 2566 และวางแผนติดตามประเมินผู้ป่วย 6 เดือนตามเกณฑ์ Intermedieat care รวมระยะเวลาที่อยูในการดูแล 3 เดือน

บทนำ

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปีพ.ศ.2560 พบว่า สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 57.2 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 18.4 และภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.9 ตามลำดับ (ณรงค์เดช เวชกามา, 2557) ปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากทำให้เกิดการเสียชีวิตและการสูญเสียสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักหลงเหลือความพิการเกิดความท้อแท้ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาว รายงานนี้นำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แสดงถึงการทำงานของพยาบาลชุมชนต่อผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งนับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมขณะอยู่ในโรงพยาบาลและวางแผนกับครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวประสานงานกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันติดตามให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้านโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้สาขาต่างๆมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวผลลัพธ์การดูแลพบว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พรทิพย์รดา สุขรินทร์บุลภรณ์, 2564)

ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ สโตรก คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตกทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ เนื้อสมองถูกทำลาย สมองสูญเสียการทำงานไปและอาจทำให้เนื้อสมองตายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลาย บางคนปากเบี้ยว แขนอ่อนแรง บางคนอ่อนแรงทั้งแขนและขาซีกเดียวกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลายไปโดนส่วนที่ใช้ในการควบคุมอวัยวะส่วนไหนของร่างกายอวัยวะนั้นก็จะสูญเสียการทำงานไป ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ ดังนี้ คือ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) แบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

- โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke)
- โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke)

เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Spontaneous intracerebral hemorrhage, SICH)

พยาธิสรีรวิทยา

โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เกิดจากการแตกหรือการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้มีเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง (intracerebral hemorrhage) พบได้ประมาณ ร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก ซึ่งภาวะเลือดออกในสมองแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- ภาวะเลือดออกในสมองปฐมภูมิ (primary intracerebral haemorrhage) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความดันในหลอดเลือดแดงสูง (arterial hypertension)

- ภาวะเลือดออกในสมองทุติยภูมิ (secondary intracerebral haemorrhage) เป็นภาวะเลือดออกในสมองที่มาจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น เนื้องอกในสมอง (brain tumor) ความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่ พบในผู้สูงอายุ เนื่องจากหลอดเลือดแดงเปราะ ผนังหลอดเลือดอ่อนแอ และโป่งพอง ซึ่งเกิดจากการสูญเสียความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด เมื่อการไหลเวียนเลือดไปกระทบจึงแตกออก

ก่อนเลือดไปกดเนื้อเยื่อสมอง และไปกระตุ้นเส้นประสาท ซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดเกร็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยง สมองลดลง สมองบวม เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและสมองตายในที่สุด ประการที่สองผู้สูงอายุที่มี ความดันโลหิตสูงจะมีผนังหลอดเลือดที่หนาตัวและแข็ง ทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอ ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป หลอดเลือดจึงแตกได้ง่าย การพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองแตกจึงมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิต (blood pressure) และป้องกันหรือควบคุมภาวะควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นสำคัญ (ณรงค์ เวชกามา,2557,ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล,2565)

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

1. โรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตสูง 140-159/90-99 mmHg เสี่ยง 4.9 เท่า, 160 - 179/100 - 109 mmHg เสี่ยง11.6 เท่า, มากกว่า 180/>109 mmHg เสี่ยง 28.8 เท่า
2. โรคเบาหวาน เสี่ยงเพิ่ม 1.3 เท่า
3. ภาวะโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจวาย โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดเล็กๆ ขึ้นภายในหัวใจ ซึ่งลิ่มเลือดเล็กๆ เหล่านี้อาจหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดเลี้ยงสมองและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้
4. ไขมันในเลือดสูง ทำให้ผนังเส้นเลือดแดงไม่ยืดหยุ่น เกิดการตีบตันง่าย เลือดจึงไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง จะทำให้สมองขาดเลือดและเป็นสาเหตุทำให้เกิดเป็นโรคอัมพาตได้

ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย เพศหญิงและพันธุกรรม

ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล

- 1.การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้หลอดเลือดเปราะ หรือเลือดออกง่าย ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูบบุหรี่เสี่ยงเพิ่ม 2.1-2.7เท่า การดื่มสุรามากกว่า 56gm/วัน เสี่ยงเพิ่ม 4 เท่า
- 2.อ้วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดสมองแตก
- 3.การใช้ยาละลายลิ่มเลือด

ปัจจัยด้านตำแหน่งของรอยโรค

ตำแหน่งการแตกของหลอดเลือดสมองบริเวณ basal ganglia อัตราการเกิดหลอดเลือดสมองแตกร้อยละ 32 บริเวณกลีบสมอง (lobar) พบได้ร้อยละ 28 บริเวณ thalamus พบร้อยละ 21 บริเวณ pons หรือ ก้านสมอง (brainstem) พบได้ร้อยละ 10และบริเวณสมองน้อย (cerebellum) จะเกิดร้อยละ 9 (โรงพยาบาล บางปะกอก3,2565,ณรงค์ เวชกามา,2557,ฐิตาพร วรภินท์วิศิษฐ์,อุไร จิ้งโล่ง,ศิริขวัญ นาควิไลและภารตี ชัยรัตน์,2564)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยขั้นแรกขึ้นอยู่กับประวัติผู้ป่วย แต่การตรวจวินิจฉัยที่จำเป็นและสำคัญ ได้แก่ การตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography scan หรือ CT scan) เพื่อหาตำแหน่งที่มีเลือดออก ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยแยกโรคและใช้เป็นแนวทางในการประเมินสาเหตุของภาวะเลือดออกในสมองได้ เมื่อพิจารณาจาก CT brain สามารถแบ่ง hemorrhagic stroke ตามตำแหน่งของเลือดที่ออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ subarachnoid hemorrhage (SAH), intraventricular hemorrhage (IVH), intracerebral hemorrhage (ICH)

- ตรวจร่างกายและทดสอบสมรรถภาพด้านต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การพูด การรับรู้ความรู้สึก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กำลังของกล้ามเนื้อ อาการชาบริเวณต่าง ๆ และปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้า
- ตรวจความดันโลหิต ผู้ป่วยมักมีความดันสูงหากเส้นเลือดในสมองแตก
หลังจากนั้น แพทย์จะส่งตรวจเพิ่มเติม เพื่อบ่งชี้ตำแหน่งของสมองและหลอดเลือดที่ผิดปกติ รวมถึงภาวะและสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ด้วยวิธีการดังนี้
- ตรวจเลือด แพทย์จะเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหากลไกการแข็งตัวของเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด หรือการติดเชื้อในกระแสเลือดที่อาจส่งผลให้เกิดเส้นเลือดในสมองแตก
- ตรวจเอกซเรย์หลอดเลือดสมอง (Angiogram) แพทย์จะฉีดสารย้อมสีเข้าสู่เส้นเลือด จากนั้นจึงถ่ายภาพเอกซเรย์ส่วนศีรษะเพื่อหาจุดที่เส้นเลือดในสมองแตก
- ตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) รังสีจากเครื่อง CT Scan ฉายไปยังบริเวณศีรษะ แล้วสร้างภาพออกมาด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยลักษณะและตำแหน่งที่เส้นเลือดในสมองแตก
- ตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพจากสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI Scan) การตรวจคล้ายกับ CT Scan แต่เครื่องจะ สร้างภาพจากสนามแม่เหล็กที่ส่งคลื่นไปรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยในขณะที่ตรวจ และภาพที่ออกมาจะมีรายละเอียดที่ชัดเจนกว่า CT Scan
- ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) ด้วยการติดขั้วไฟฟ้าบริเวณหน้าอก แพทย์จะตรวจหาความผิดปกติผ่านทางจอภาพที่แสดงจังหวะการเต้นของหัวใจ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดเส้นเลือดในสมองแตก
- ตรวจหลอดเลือดใหญ่ที่คอ (Carotid Ultrasound) เป็นการตรวจการไหลเวียนของเลือดในเส้นเลือดบริเวณลำคอที่ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมอง ด้วยการใช้อัลตราซาวด์เสียงความถี่สูง
- ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) เป็นเทคนิคการใช้อัลตราซาวด์เสียงสะท้อนความถี่สูงสร้างเป็นภาพหัวใจ แพทย์จะศึกษาและวินิจฉัยการทำงานของหัวใจจากภาพนั้น ซึ่งอาจพบความผิดปกติที่เป็นสาเหตุสำคัญของเส้นเลือดในสมองแตก

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทางยาโดยไม่ผ่าตัด

1. การควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

แพทย์จะสั่งให้ควบคุมค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวให้น้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) ให้น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก ถ้าค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงมากกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท จะควบคุมโดยให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ถ้าค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับสงสัยว่ามีการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ ให้ติดตามว่ามีการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ เพื่อควบคุมความดันที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral perfusion pressure: CPP) ให้มีค่าอยู่ระหว่าง 60-80 มิลลิเมตรปรอท ถ้าค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่พบภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ ควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท หรือควบคุมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงให้มีค่าเท่ากับ 110 mmHg โดยเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยทุก 15 นาที และดูแลให้ยา 20% mannitol 0.25-1 กรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือให้ยา furosemide 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ สำหรับยาสแตตินยี่ห้อไม่พบว่ามีผลลดความดันในกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. การเฝ้าระวังภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

การติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดถือว่ามีความสำคัญโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือมีโรคที่ทำให้เลือดไม่แข็งตัว แต่ควรระมัดระวังภาวะน้ำในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยแพทย์ จะพิจารณาให้วิตามินเค 5 ถึง 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยเพิ่มกระบวนการแข็งตัวของเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จำเป็นต้องได้รับเกล็ดเลือดทดแทนด้วยเช่นกัน

3. การดูแลรักษาด้วยยากันชัก

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองมีโอกาสชักร้อยละ 8-10 โดยเฉพาะเลือดออกในกลีบสมอง ดังนั้นแพทย์ จะให้ยากันชักในรายที่มีเลือดออกในกลีบสมองหรือมีเลือดออกในชั้นเปลือกสมอง (cortical intracerebral hemorrhage) และผู้ป่วยที่เคยมีประวัติชักทุกราย ซึ่งการให้ยากันชักป้องกัน (prophylaxis) มีข้อมูล สนับสนุนเฉพาะในช่วง 7 วันแรกแต่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนการให้ยากันชักเพื่อป้องกันอาการชักใน ระยะยาว

ภาวะแทรกซ้อนเส้นเลือดสมองแตก

อาการที่อาจเกิดขึ้นหลังเส้นเลือดในสมองแตก ซึ่งสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ภายในเวลาหลายสัปดาห์ หลายเดือน หรืออาจหลายปีให้หลัง ได้แก่

- มีความยากลำบากในการพูด พูดติดขัด สื่อสารไม่ได้ และกลืนอาหารลำบาก
- มีความยากลำบากในกระบวนการคิด สับสนมึนงง และไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด
- มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดินลำบาก ขยับแขนขาลำบาก แขนขาชา หรือเป็นอัมพาต

แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า หรือมีอาการรุนแรงและเกิดเส้นเลือดในสมองแตกบริเวณที่สำคัญ ผู้ป่วย อาจเสี่ยงเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ เช่น

- ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างกะทันหัน อาจทำให้เซลล์สมองเกิดความเสียหาย
- ความดันโลหิตสูง ซึ่งกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปสู่สมอง ส่งผลกระทบต่อสมองบริเวณที่มีเส้นเลือด แตกให้ยิ่งเกิดความเสียหาย

- มีไข้สูง ซึ่งอาจเป็นสัญญาณของภาวะติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ เป็นต้น
- เกิดลิ่มเลือดอุดตันบริเวณขา และลิ่มเลือดอาจเคลื่อนตัวไปอุดตันที่ปอดจนเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

ในปอด (Pulmonary Embolism)

- เกิดอาการชัก
- ความดันในสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้สมองบวม
- ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) จากของเหลวหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังที่ถูกผลิต

ออกมามากเกินไป

- เส้นเลือดสมองบริเวณใกล้เคียงกับจุดที่มีเส้นเลือดในสมองแตกเกิดการหดเกร็ง (Vasospasm) อาจ ทำให้สมองตายจากการขาดเลือด

- ภาวะโคม่า (Coma) ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว ไม่รับรู้ และไม่มีสติ เนื่องจากสมองขาดเลือดและออกซิเจน เป็นเวลานาน

- อาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตกในบริเวณอื่น ๆ เพิ่มอีก

(พรรณฉวี วัฒนชัยกุล, 2560 และ สายสุนี เจริญศิลป์, 2564)

การวางแผนจำหน่าย

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ
2. เตรียมความพร้อมเรื่องสิ่งแวดล้อม สถานที่และอุปกรณ์ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เช่น เตียงที่นอนลม ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง อุปกรณ์ทำแผล โดยประยุกต์ใช้บ้านเป็นโรงพยาบาล (Home ward)
3. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยลงสู่ชุมชน โดยผ่านโปรแกรม Thai COC
4. นัดหมายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน
5. ประสานทีมเยี่ยมบ้าน โดยร่วมประชุมวางแผนก่อนออกเยี่ยม และประเมินหลังการเยี่ยม เพื่อวางแผนเยี่ยมครั้งต่อไป และลงบันทึกการเยี่ยมในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน Thai COC และ โปรแกรมของโรงพยาบาล ในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลชุมชน แก้ไขปัญหา ประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ เน้นย้ำถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรก ประสานทีมสหสาขาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ให้กำลังใจเสริมพลังอำนาจครอบครัว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) มีอาการคงที่ (Medically stable) แต่ยังมีผลผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนน ร่วมกับ multiple impairments ผู้ป่วยระยะกลางจึงจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่โรงพยาบาลไปจนถึงชุมชน ทั้งการดูแลทางการแพทย์ และการดูแลทางสังคม

กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) มุ่งเน้น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
2. บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Traumatic brain injury)
3. บาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord injury)
4. กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture)

(สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563)

ระบบการส่งต่อ Intermediate Care in Community

หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่านพ้นวิกฤติและมีอาการคงที่ จะได้รับการประเมิน Barthel index เพื่อวางแผนการติดตามฟื้นฟูต่อในชุมชน การส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลถึงเครือข่ายสุขภาพในชุมชนใช้ระบบโปรแกรม Thai COC เพื่อส่งต่อแผนการฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง ติดตามบริการในชุมชนเป็นการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว ตามนโยบาย 3 หมอ , CM, CG, อสม. อบต. ให้การดูแลฟื้นฟูทางด้านร่างกายที่เหมาะสมตามสภาพ รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ จัดหากายอุปกรณ์ที่จำเป็นหลังจากได้รับการฟื้นฟูครบ 6 เดือน และ BI < 11 คะแนนวางแผน ส่งเข้าสู่ระบบ Long Term Care

บทบาทของภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงาน Intermediate Care

- 1) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทดูแลรักษา ประสานงาน ส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วย จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ วางแผนการดูแลตามเกณฑ์ร่วมกับทีมสหสาขา เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทเยี่ยมประเมิน ประสานข้อมูล รพ. กับ ชุมชน
- 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทประสานงาน สนับสนุนด้านสังคม สิ่งแวดล้อม สวัสดิการ
- 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการค้นหาปัญหาแจ้งข่าว ร่วมทีมเยี่ยมประเมิน ตามแผนการดูแล
- 5) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีบทบาทในการประสานงานด้านข้อมูล สิทธิ งบประมาณช่วยเหลือกรณีผู้ยากไร้ ร่วมลงเยี่ยมบ้าน ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย
- 6) เอกชน มีบทบาทในการสนับสนุนด้านสังคม งบประมาณ
(สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563)

การประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESSS

- I : Immobility** ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด
- N : Nutrition** ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหาร ปริมาณที่กิน นิสัยการกิน ก่อนหรือหลังกินข้าวชอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือไม่ เป็นต้น
- H : Housing** ประเมินว่าสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร ภายในบ้าน รอบบ้าน เพื่อนบ้าน
- O : Other people** ประเมินว่าภาวะบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร มีต่อผู้ป่วยอย่างไร ถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นจะมีใครเป็นตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้
- M : Medications** ผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง กินอย่างไร มีวิธีการจัดยาแต่ละมื้ออย่างไรมียาอื่นอะไรอีกบ้างที่นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง มียาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระและอะไรอื่นอีกบ้าง
- E : Examination** การตรวจร่างกายและการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำภารกิจประจำวันได้มากน้อยเพียงใด
- S : Safety** ประเมินสภาพความปลอดภัยในบ้าน
- S : Spiritual health** ประเมินความเชื่อ ค่านิยมของคนในบ้าน
- S : Services** ให้อาญาติที่ใกล้ชิดอยู่ด้วยในขณะที่หมอบไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้เข้าใจตรงกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจบริการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลว่ามีอะไรบ้าง จะติดต่อได้อย่างไร เมื่อใดหรือมีบริการอื่นใดในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้บริการอื่นใดได้อีกบ้าง

แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living index: ADL)

- (1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- (2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โคนหนดในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- (3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- (4) การใช้ห้องน้ำ
- (5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- (6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- (7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- (8) การอาบน้ำ

(9) การกลั่นกรองการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

(10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คะแนนรวม ADL 20 คะแนน แปลผล 0 – 4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5 - 8 คะแนน ภาวะพึ่งพา
รุนแรง 9 - 11 คะแนน ภาวะพึ่งพาปานกลาง 12 - 20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน

บทบาทของพยาบาลชุมชน คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ที่มีภาวะติดเตียง (ADL 0-4) ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพเป็นบทบาทที่มีความสำคัญในมิติสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุน และเสริมพลังอำนาจผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ โดยเฉพาะรูปแบบบริการผู้ป่วยในชุมชนใช้รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคและปัญหาซับซ้อนต้องดูแลเป็นพิเศษและผู้ดูแล ยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถดูแลตนเองที่บ้านรวมทั้งสามารถประเมินอาการและสภาพปัญหาเบื้องต้นได้ ดังนี้

1. ให้ความรู้เบื้องต้น ในเรื่องโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ เป้าหมายการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
2. ให้ความรู้และประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและมีอุปกรณ์ติดตัวกลับไปบ้าน
3. ส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการจัดการโรคที่เหมาะสม
4. การประเมินสัญญาณชีพ บันทึกอาการประจำวัน การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง
5. การดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหาร ให้เพียงพอ ตามแนวทางการรักษาของแพทย์
6. การดูแลให้ได้รับยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์
7. การดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ สอนการพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ การทำทางเดินหายใจให้โล่ง การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ป้องกันความอับชื้น ป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำกายภาพ ป้องกันข้อติดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตมาจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเช่น Pneumonia Urinary Tract Infection และ sepsis
8. ให้การพยาบาล ดูแลรักษาแบบองค์รวม ทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาและที่สำคัญคือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างตรงประเด็น
9. ให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร การติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่มีปัญหา และเป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการอื่น ๆ ที่จะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
10. จัดให้ได้รับบริการที่สามารถทำได้ เนื่องจากเป็นสิทธิ์ต่างชาติ ไม่สามารถได้รับการดูแลแบบระยะยาวและมีภาวะพึ่งพิง ได้
11. จัดให้ได้รับการดูแลแบบระยะกลาง (Intermedieat care) ติดตามฟื้นฟูสภาพที่บ้านและให้โปรแกรมการออกกำลังกายบำบัดที่บ้าน
12. ติดตามประเมินผลการดูแลเพื่อปรับให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (รัตนา พันธุกิจ,2565 และ อรนนท์ หาญยุทธ,2557)

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องการเคลื่อนไหวเนื่องจากกล้ามเนื้อ แขน ขา อ่อนแรง

1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นระยะเพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม ให้ความช่วยเหลือในการทำกายภาพบำบัด
2. ร่วมกับนักกายภาพบำบัด สอนญาติผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ Passive exercise, Range of motion และ Stretching ข้อต่อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15 - 20 นาที

3. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง
4. ดูแลและจัดทำของร่างกายของผู้ป่วย โดยให้ศีรษะ ช้อนไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสม แนะนำและจัดทำไม้ให้ผู้ปวยนอนทับร่างกายข้างที่อ่อนแรงนาน ๆ (ประสาทวิทยา กรมการแพทย์,2558)

การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิและการจัดการรายการณ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดง อันประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดง นานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง หรือมีอาการเลือดออก ในสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันหรือแตก ส่งผลต่อระบบประสาทเกิดอันตรายต่อ ชีวิตและหลงเหลือความพิการ สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เน้นการรักษาแบบ ประคับประคอง การรักษาจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุดและ ป้องกันการเกิดซ้ำ จากปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งการจัดการ ผู้ป่วยรายการณถือเป็นหนึ่งในแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการ ออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีการจัดการเพื่อลดความ แปรผันในกระบวนการรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้าน คลินิกและค่าใช้จ่าย และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต (จรรยาวัชชัย ป้องเจริญ,2563)

1. ประสานทีมสุขภาพในชุมชน จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมประสานจัดเตรียม เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์ที่จำเป็น
2. แนะนำการแยกขยะติดเชื้อ ให้นำส่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคันทร้ง ป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อในชุมชน
3. ดูแลป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บและความพิการ โดยให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพตามแผนการ พยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
4. ประสานให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากชุมชนและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น การดูแลจากทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหนองคันทร้ง หรือองค์กรภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น จิตอาสา เป็นต้น ในการสนับสนุนส่วนขาด เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เงินช่วยเหลือและเครื่องอุปโภคบริโภค หรือรถรับ-ส่งในการรับบริการสาธารณสุข
5. ดูแลให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลตามแพทย์นัด

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ 15 พฤษภาคม 2566 – 15 สิงหาคม 2566 จำนวนวันที่รับไว้ในความ ดูแล 3 เดือน มีการเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง

เยี่ยมครั้งที่ 1	15 พฤษภาคม 2566
เยี่ยมครั้งที่ 2	22 พฤษภาคม 2566
เยี่ยมครั้งที่ 3	20 มิถุนายน 2566
เยี่ยมครั้งที่ 4	15 สิงหาคม 2566

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/82 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนขณะให้ออกซิเจน 96 เปอร์เซ็นต์

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : หญิงต่างชาติ รูปร่างท้วม ผิวขาวเหลือง ตื่น สีมตา ไม่พูด สื่อสารไม่ได้ ทำตามสั่งไม่ได้ แขนขาขวาอ่อนแรง เกรด 2 แขน ขา ซ้ายเกรด 0

ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ : ศีรษะ รูปร่างปกติ ผมหักศกสีดำและมีหงอกบางส่วน ใบหน้าเขียว การเคลื่อนไหวบนใบหน้าลำบาก ตาขวาเสียจากพยาธิสภาพ ตาเบิกกว้าง ปิดไม่ลง ลำคอเจาะคอใส่ Tube เหล็ก คล้ำต่อมไทรอยด์ ต่อมน์น้ำเหลือง และ ต่อมทอนซิล ไม่บวมโต

ระบบทางเดินหายใจ : หายใจได้เอง ให้ออกซิเจน collar mask 3 ลิตรต่อนาที ไม่มีอาการเหนื่อย ทรงอกสมมาตรได้รูปปกติไม่หนุนหรือบวม การขยายตัว สัมพันธ์กับการหายใจเข้า-ออก ฟังปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่พบ murmur จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ชีพจร สม่ำเสมอ ปลายมือปลายเท้าไม่มีเขียวคล้ำ

ระบบเลือด ต่อมน์น้ำเหลือง และต่อมไร้ท่อ : ไม่มีจ้ำเลือด หรือจุดเลือดออก ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด คล้ำต่อม น้ำเหลือง ที่คอ รักแร้ ขาหนีบ ไม่พบอาการบวมโต

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง : ใส่สายให้อาหารทางสายยาง ท้องไม่อืด คล้ำไม่พบตับและม้ามโต ถ่ายอุจจาระ 2-3 วัน / ครั้ง ต้องใช้ยาระบายช่วย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : กล้ามเนื้อแขน ขา ทั้งสองข้างลีบ ผ้อ เล็กน้อย กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ขา เกรด 0 กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ซ้าย เกรด 2 ข้อไม่ติด มีเกร็งบางครั้ง

ระบบประสาท : รู้สึกรู้ตัว ตื่น ทำตามคำสั่งไม่ได้ สื่อสารไม่ได้ Glasgow coma score : E1VTM2

ระบบเดินทางปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ้วยหมดประจำเดือน ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

ผลการตรวจพิเศษ/ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจพิเศษ -

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Chemistry	15/6/2566	ค่าปกติ	แปลผล
BUN	13.9	8-20 mg/dL	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Creatinine	0.32	0.55 - 1.02 mg/dL	ต่ำกว่าปกติ
eGFR (CKD-EPI)	126.59	90-120 มล./นาที/1.73 ตร.ม.	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Electrolyte	15/6/2566	ค่าปกติ	
Sodium.	138.9	136.0-146.0 mEq/L	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Potassium	2.93	3.5-5.1 mEq/L	ต่ำกว่าปกติ
Chloride	100.0	101-109 mEq/L	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
CO2	28.8	21-31 mEq/L	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Anion gap	13	4-18 mEq/L	อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Creatinine ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย อาจแสดงถึงภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยรายนี้ให้อาหารทางสายยาง ส่งผลต่อระบบการดูดซึมสารอาหารจำพวกโปรตีน หรือปัญหากล้ามเนื้อและเส้นประสาทที่ไม่สามารถใช้งาน ได้เต็มที่ ป่งบอกได้ถึงอาจมีภาวะกล้ามเนื้อลีบ ผ่อน ไม่ได้รับการบริหารร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค่า eGFR อยู่ในระดับปกติ แสดงถึงการทำหน้าที่ของไตในการกรองของเสียปกติ

Potassium ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย อาจแสดงถึงภาวะที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรืออาจเกิดจากการ อาเจียน ท้องเสียหรือใช้ยาระบายมากเกินไปทำให้ไตขับ Potassium ออกจากร่างกายมากเกินไป ในผู้ป่วย รายนี้มีอาการท้องผูกต้องให้ยาระบายเป็นประจำ อาจทำให้เกิดอาการอ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือ กล้ามเนื้อกระตุกได้

CBC	15/6/2566	ค่าปกติ		แปลผล
WBC Count	11.4	4.6-10.6	$10^3/uL$	สูงกว่าปกติ
RBC	4.12	4.0-5.2	$10^3/uL$	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
HGB	11.7	12.0-14.3	g/dl	ต่ำกว่าปกติ
HCT	35.9	36.0-47.7	%	ต่ำกว่าปกติ
Platelets	401	140-400	$10^3/uL$	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Neutrophils	72	43.7-70.9	%	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	18.1	20.1-44.5	%	ต่ำกว่าปกติ
MO%	6.9	3.1-9.8	%	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
EO%	2.5	0.7-9.2	%	อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ CBC พบค่าเม็ดเลือดขาว WBC และ Neutrophils สูงอาจจากพยาธิสภาพที่มีภาวะ เส้นเลือดสมองแตก มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ แสดงถึง มีการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกายร่างกายจึงสร้างเม็ด เลือดขาวชนิดนี้มาป้องกันการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา และระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลพบติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae ในปัสสาวะ ร่างกายจึงสร้างเม็ดเลือดขาวมาเพื่อป้องกันการติดเชื้อลุกลาม ส่วนค่า เม็ดเลือดขาว Lymphocyte ต่ำ แสดงถึง ร่างกายมีภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดร่วมกับการ เจ็บป่วยเรื้อรัง ตรวจพบ HGB และ Hct ต่ำ กว่าค่าปกติเล็กน้อย เนื่องจากมีพยาธิสภาพของหลอดเลือด สมองแตกและ Prolong intubation ทำผ่าตัด Tracheostomy tube ทำให้มีปัญหาไม่สามารถรับประทานอาหาร อาหารได้เอง ขาดสารอาหารที่จำเป็น และส่งผลกระทบต่อระบบย่อยอาหาร การดูดซึมแร่ธาตุ โดยเฉพาะธาตุ เหล็ก ที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง จึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Hemorrhagic stroke due to essential hypertension

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

สรุปข้อวินิจฉัยจากการเยี่ยมครั้งที่ 1

1. เสี่ยงต่อการมีเลือดออกซ้ำเนื่องจากเคยมีพยาธิสภาพที่สมอง
2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง
3. เสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะมาก
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 1: เสี่ยงต่อการมีเลือดออกซ้ำเนื่องจากเคยมีพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยไม่เคยตรวจสุขภาพและรักษามาก่อนประวัติดื่มเหล้าอย่างต่อเนื่องทุกวันเป็นระยะเวลา 5-6 ปี

O : ผล CT brain พบ hemorrhage ในสมอง

: ตรวจพบความดันโลหิตสูง 195/142 มิลลิเมตรปรอทเมื่อเข้ารับการรักษา ไม่เคยตรวจและรักษาภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง (GCS ไม่น้อยกว่า E1VTM2)
3. ไม่มีภาวะ Increased Intracranial Pressure

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรคและวิธีการหลีกเลี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
2. อธิบายแผนการรักษาและความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง
3. แนะนำญาติถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ
4. ดูแลให้ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่ง
5. นักโภชนาการแนะนำการเตรียมอาหารควบคุมความดันโลหิตสูง
6. ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนและการประเมินภาวะ Increased Intracranial Pressure เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสน พูดลำบากไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารมากขึ้น
7. ต้องมีความรู้เกี่ยวกับช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉินโดยติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์ 1669
8. ประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะการเฝ้าระวังความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.0-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 76-112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่เกิน 110/60 – 128/88 มิลลิเมตรปรอท
2. GCS คงเดิม E1VTM2
3. ญาติมีความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนของการเกิดโรค
4. ไม่พบอาการแสดงของการเกิดเลือดออกซ้ำ
5. รับทราบช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน
6. สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 2 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอกว่า “แขน ขาทั้งสองข้าง ไม่มีแรง ยกไม่ได้ พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ นั่งเองไม่ได้”

O: ตรวจร่างกาย กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ขวา เกรด 0 กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ซ้าย เกรด 2 ADL 0

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ฝ่อ
2. ญาติสามารถช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) ได้ถูกต้อง
3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คะแนน
2. ญาติช่วยทำ passive exercise และกระตุ้นผู้ป่วยทำ active exercise ได้
3. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม ได้
4. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับเพิ่ม ข้อติดแข็ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชน วางแผนดูแล กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ส่งต่อแนวทางการรักษาของแพทย์และแผนการดูแลต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Intermediate care
2. ประเมินความพร้อมด้านอุปกรณ์ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสม ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และเหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพ
3. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Barthel activity of daily living index : ADL
4. สอน สาธิต ประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้กับญาติและทีมสุขภาพ
5. แนะนำญาติในการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การลุกนั่ง และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม
6. สอนและแนะนำการฝึกผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตัวเอง (active exercise) และการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise)
7. แนะนำญาติประเมินและค้นหาความสามารถที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้

การประเมินผล

1. ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชน รับทราบปัญหาสุขภาพผู้ป่วย ร่วมวางแผน กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับครอบครัว
2. ญาติสามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้เหมาะสม ปลอดภัย
3. ประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เท่ากับ 0 คะแนน
4. ญาติและทีมสุขภาพ มีความเข้าใจ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้
5. ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้นและติดตามประเมินต่อไป
6. ญาติสามารถทำ passive exercise ให้ผู้ป่วยได้ในช่วงเช้าและเย็น เข้าใจวิธีกระตุ้นผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง (active exercise)
7. ญาติสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย ได้ทั้งหมด ผู้ป่วยมีปฏิกริยาในการตอบสนองเมื่อกระตุ้นให้ฝึกกำมือหรือเกร็งกล้ามเนื้อขาซึ่งทำข้างขวาได้ดีกว่าข้างซ้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะมาก

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยมีเสมหะมาก ดูดเสมหะให้วันละหลายครั้ง
- O : ตรวจร่างกาย มีเสียงเสมหะครืดคราด ในลำคอ ไอออกเองไม่ได้ ฟังปอดไม่มีเสียงเสมหะ
: ให้ออกซิเจน 3- 5 ลิตร เป็นพักๆ
: พ่น NSS ช่วยละลายเสมหะบางครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ
2. เพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง
3. ญาติสามารถดูแลดูดเสมหะให้ผู้ป่วยได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาทีและอัตราชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที
3. ญาติสามารถดูดเสมหะได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ป้องกันภาวะเสมหะเกาะปอด
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอออกเอง ถ้าไม่สามารถทำได้ ให้ดูดเสมหะเพื่อ ทำทางเดินหายใจให้โล่ง
3. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน จากการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน และภาวะเขียวริมฝีปาก
4. ทดสอบการใช้ line official telenursing กับญาติในการติดตามอาการและการประเมินการใช้
ออกซิเจนที่บ้าน เพื่อวางแผนหย่าออกซิเจน
5. สอนการประเมินอาการเพื่อให้ออกซิเจนและพ่นยาละลายเสมหะ
6. สอนการเคาะปอดเมื่อจำเป็น
7. สานิต ประเมินทักษะการดูดเสมหะของผู้ดูแล

การประเมินผล

1. มีอาการเหนื่อยช่วงเสมหะมากๆยังต้องให้ออกซิเจนเป็นพักๆ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนขณะไม่ใช้ออกซิเจน 94 เปอร์เซ็นต์ ขณะใช้ออกซิเจน 99 เปอร์เซ็นต์
2. สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที
3. มีเสียงเสมหะในหลอดลมอยู่เป็นระยะๆ ไม่มีเสียงเสมหะในปอด
4. ญาติสามารถดูแลดูดเสมหะให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง
5. ญาติสามารถใช้ line official telenursing ในการติดต่อทีมสุขภาพได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ญาติ บอกว่าแม่มักจะร้องไห้
: ญาติ ถามว่าแม่จะมีโอกาสดีขึ้นกว่านี้หรือไม่ สงสารแม่
- O : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด บางครั้งร้องไห้ ญาติมักจะลูบศีรษะผู้ป่วยและพูดให้กำลังใจ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค ยอมรับการเจ็บป่วย และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ยอมรับการเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุยเพื่อหาสาเหตุความวิตกกังวล ประเมินความคาดหวัง รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เปิดโอกาสให้ซักถาม และสื่อสารด้วยท่าทีที่ตั้งใจด้วยความจริงใจ

2. ให้ข้อมูลกับญาติ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การพยาบาล ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดได้อย่างถูกต้อง อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการนอนนาน และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ แนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เช่น การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกเตียง แนะนำญาติเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise)

3. ให้กำลังใจและอธิบายให้เข้าใจว่าความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ อารมณ์จะค่อยๆ ดีขึ้นได้หากผู้ป่วยพยายามฝึกทักษะต่างๆ ตามที่ทีมสุขภาพแนะนำ เช่น การทำกายภาพ การฝึกสมาธิ

4. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าโรงพยาบาลมีระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน ซึ่งจะมาดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

5. ประสานทีมสุขภาพ จิตอาสา ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน ร่วมวางแผนให้การช่วยเหลือ

6. มีช่องทางการสื่อสารระหว่างญาติและทีมการพยาบาล ผ่าน Line official telenursing เพื่อให้คำปรึกษา ได้ตลอดเวลา ทำให้ญาติลดความวิตกกังวลลงได้

การประเมินผล

1. ญาติ ยังมีความวิตกกังวล เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน กลางวันต้องทิ้งแม่ให้นอนอยู่บ้านคนเดียว
2. มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและทีมสุขภาพได้

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการเยี่ยมครั้งที่ 2 : ข้อ 2,3,4 คงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่า “แขน ขาข้างซ้ายยกไม่ได้เลย ข้างขวาพอขยับได้บ้าง พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ นั่งเองไม่ได้”

O : ตรวจร่างกาย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 0 แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 2 ADL 0

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ฝ่อ
2. ญาติสามารถกระตุ้นผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คะแนน
2. ญาติช่วยทำ passive exercise และกระตุ้นผู้ป่วยทำ active exercise ได้ถูกต้อง
3. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมได้
4. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติดแข็ง

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรม 1-4 คงเดิม

เพิ่มเติม 5. ประเมิน ติดตาม ญาติในการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การลุกนั่ง และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม

6. ทบทวนและสาธิต การฝึกผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตัวเอง (active exercise) และการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) ร่วมกับนักกายภาพบำบัด

7. ติดตามผลการประเมินและค้นหาความสามารถที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เพื่อวางแผนฝึกทักษะเพิ่มเติมในส่วนนั้นๆ

8. แนะนำญาติพูดคุยกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกัน

การประเมินผล

1. ประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เท่ากับ 0 คะแนน ต้องฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้นและติดตามประเมินต่อไป

2. ญาติ ทำ passive exercise ให้ผู้ป่วยได้เล็กน้อยในช่วงเช้านอกไปทำงานและช่วงเย็นหลังเลิกงาน เข้าใจวิธีกระตุ้นผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง (active exercise) แต่ไม่มีเวลา ต้องทำงานนอกบ้าน

3. ญาติสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยได้แต่ไม่เต็มเวลา เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน ผู้ป่วยเริ่มกำมือหรือเกร็งกล้ามเนื้อขาได้ซึ่งทำข้างขวาได้ดีกว่าข้างซ้าย

4. ไม่มีข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบฝ่อคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะมาก

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยมีเสมหะมาก ดูดเสมหะให้วันละหลายครั้งโดยเฉพาะกลางคืน กลางวันกลับมาพบมีเสมหะจำนวนมากในท่อเจาะคอ

O : ตรวจร่างกาย มีเสียงเสมหะครืดคราด ในลำคอ ไอออกเองไม่ได้ ฟังปอดไม่มีเสียงเสมหะ

: ให้ออกซิเจน 3- 5 ลิตร เป็นพักๆ

: ฟัน NSS ช่วยละลายเสมหะบางครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ
2. เพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง
3. ญาติสามารถดูแลดูดเสมหะให้ผู้ป่วยได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาทีและอัตราชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที
3. ญาติสามารถดูดเสมหะได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลข้อ 1,2,3,7 คงเดิม

เพิ่มเติม 4. ประเมินผลการฝึกหยาออกซิเจนทาง line official ร่วมกับญาติ สอบถามปัญหา อุปสรรคเพื่อวางแผนฝึกต่อ

5. ทบทวนผลการประเมินอาการเพื่อให้ออกซิเจนและการพ่นยาละลายเสมหะ

6. ทบทวน ประเมิน ให้อาสาสมัครการเคาะปอดที่ถูกต้อง เน้นให้ทำเฉพาะเมื่อจำเป็นและอธิบายให้ทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ถ้าเคาะปอดไม่ถูกวิธี

8. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เช่นมีฝนสาด ลมแรงหรือไม่

การประเมินผล

1. ปริมาณเสมหะลดลงช่วงกลางวัน

2. ความอึดตัวของออกซิเจนขณะพักเครื่อง 96 เปอร์เซ็นต์ ขณะให้ออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาทีและอัตราชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที ผิวหนัง เล็บมือ หรือ เล็บเท้า ไม่มีสีเขียวคล้ำจากภาวะพร่องออกซิเจน

3. ไม่มีอาการหายใจลำบาก

4. ไม่มีเสียงเสมหะในหลอดลมของผู้ป่วย

5. ฝึกหยาออกซิเจนได้ถูกต้อง ได้นานครั้งละ 2 ชั่วโมง

6. ญาติจะหาผ้ามาทำม่านกัน เพื่อป้องกันฝนสาด ลมแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่าย
ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่าไม่สามารถดูแลแม่ได้ตลอดเวลาต้องทำงานนอกบ้าน

: ญาติบอกว่าค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเดือนละหลายพันบาท

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ร้องไห้ ญาติมักจะลูบศีรษะผู้ป่วยและพูดให้กำลังใจ

วัตถุประสงค์

1. ญาติสามารถจัดตารางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพได้

2. ลดความวิตกกังวล

3. สามารถลดค่าใช้จ่ายได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติสามารถจัดตารางการดูแลผู้ป่วยได้ตามแผนการดูแล

2. ค่าใช้จ่ายลดลงจากการให้ออกซิเจนที่ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมที่ 1,2,3,4,5,6 คงเดิม

เพิ่มเติม 7. แนะนำการจัดตารางการดูแลผู้ป่วย

8. ประสานทีมผู้ดูแลในชุมชนร่วมจัดตารางให้การช่วยเหลือบางเวลา

9. ฝึกผู้ป่วยหยาออกซิเจนทาง telenursing ให้นานขึ้น เพื่อให้สามารถลดค่าใช้จ่ายจากการใช้เครื่องผลิตออกซิเจนได้มากขึ้น

การประเมินผล

1. ญาติ คลายความวิตกกังวล เนื่องจากสามารถจัดตารางดูแลผู้ป่วยได้

2. เข้าใจและยอมรับอาการ และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้มากขึ้น

3. สามารถประเมินอาการและฝึกผู้ป่วยหยาออกซิเจนทาง telenursing ได้นานมากกว่า 2 ชั่วโมง ความอึดตัวของออกซิเจนขณะพักเครื่อง 96 เปอร์เซ็นต์ ขณะให้ออกซิเจน 98-99 เปอร์เซ็นต์

สรุปข้อวินิจฉัยจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 : 2,3,4 คงเดิม

เพิ่มเติม 5.มีภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ ความเข้มข้นในเลือดต่ำ

6.อาการท้องผูกเนื่องจากยังเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่า“แขน ขาข้างซ้ายยกไม่ได้เลย ข้างขวาพอขยับได้บ้าง พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ นั่งทรงตัวเองไม่ได้”

O : ตรวจร่างกาย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 0 แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 2 ADL 0

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ผอ
2. ญาติสามารถกระตุ้นผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คะแนน
2. ญาติช่วยทำ passive exercise และกระตุ้นผู้ป่วยทำ active exercise ได้
3. ญาติสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมได้
4. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติดแข็ง

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมที่ 1-8 คงเดิม

เพิ่มเติม 9. ใช้สื่อโปรแกรมการทํากายภาพท่าต่างๆผ่านพับ แผ่นป้ายติดผนัง ไว้ให้ญาติและแนะนำการเข้าถึงสื่อการทํากายภาพออนไลน์ เช่น ใน youtube

การประเมินผล

1. ประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เท่ากับ 0 คะแนน ต้องฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้นและติดตามประเมินต่อไป
2. ญาติ สามารถใช้สื่อช่วยในการทำท่า passive exercise ให้ผู้ป่วยได้ดีขึ้น เข้าใจวิธีกระตุ้นผู้ป่วยออกกําลังกายด้วยตนเอง (active exercise)
3. ญาติสามารถกระตุ้นการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้มากขึ้น ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาในการตอบสนองได้มากขึ้น เมื่อกระตุ้นให้ฝึกกํามือ หยิบจับของได้ เกร็งกล้ามเนื้อขาซึ่งทำข้างขวาได้ดีกว่าข้างซ้าย
4. ข้อไหล่ซ้ายเริ่มติดเล็กน้อย ยึดไม่สุด นิ้วมือซ้ายเริ่มหักก กล้ามเนื้อแขน ขา ลีบฝ่อคงเดิม ปลายเท้าเริ่มตก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะมาก

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยมีเสมหะ ดูดเสมหะให้วันละ 3-4 ครั้ง

O: ตรวจร่างกาย มีเสียงเสมหะครืดคราด ในลำคอ ไอออกเองไม่ได้ ฟังปอดไม่มีเสียงเสมหะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ
2. เพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความอึดตัวของออกซิเจนไม่น้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ญาติกระตุ้นผู้ป่วยไอและช่วยเหลือการดูแลหะได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรม 1,2,3,4 คงเดิม

- เพิ่มเติม
5. สอนทักษะญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกเองหรือเป็นการฝึกการไอที่มีประสิทธิภาพ
 6. ประเมินและวางแผนหย่าออกซิเจนต่อเนื่อง
 7. ใช้ลูกสูบยางแดงช่วยดูดกรณีที่เสมหะไม่ได้ขู่ลี้มาก
 8. รักษาความอบอุ่นของร่างกาย

การประเมินผล

1. ปริมาณเสมหะลดลง ดูแลหะน้อยลง เฉพาะก่อนมี้อาหาร
2. อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาทีและอัตราชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที ผิวหนัง เล็บมือ หรือเล็บเท้า ไม่มีสีเขียวคล้ำจากภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอึดตัวของออกซิเจน 97 เปอร์เซ็นต์ขณะพักเครื่องและสามารถหย่าออกซิเจนได้นาน4-6 ชั่วโมง/วัน
3. ไม่มีอาการหายใจลำบาก
4. ไม่มีเสียงเสมหะในหลอดลมของผู้ป่วย
5. เข้าใจความสำคัญของการรักษาความอบอุ่นของร่างกายจะนำไปปฏิบัติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่าย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอกรู้สึกมีความกังวลใจที่ไม่สามารถดูแลแม่ได้ตลอดเวลาต้องทำงานนอกบ้าน จึงคุยกับสามีเรื่องการหารายได้และตัดสินใจลาออกจากงานมาดูแลแม่

: ญาติบอกรู้สึกค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเดือนละหลายพันบาท

O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ร้องไห้ ญาติมักจะลูบศีรษะผู้ป่วยและพูดให้กำลังใจ

วัตถุประสงค์

1. ญาติสามารถจัดตารางการดูแลผู้ป่วยได้
2. ลดความวิตกกังวล
3. สามารถลดค่าใช้จ่ายได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติสามารถจัดตารางการดูแลผู้ป่วยได้ตามแผนการดูแล
2. ค่าใช้จ่ายลดลงจากการใช้ออกซิเจนที่ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมที่ 1,2,3,4,5,6,9 คงเดิม

- เพิ่มเติม
7. แนะนำการจัดตารางการดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา
 8. ค้นหาแหล่งประโยชน์อื่น ๆ นอกเหนือจากในชุมชนให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ
 10. วางแผนเปลี่ยนจากที่นอนลมมาใช้ที่นอนเจลเมื่อแผลกดทับดีขึ้นเพื่อลดค่าไฟ

การประเมินผล

1. ญาติ คลายความวิตกกังวลเรื่องการดูแลแม่ได้เต็มเวลา
2. เข้าใจและยอมรับอาการ และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้มากขึ้น
3. สามารถประเมินอาการและฝึกผู้ป่วยห่าออกซิเจนทาง telenursing ได้นานมากกว่า 2 ชั่วโมง ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน
4. เข้าใจแผนการดูแลผู้ป่วยและการค้นหาแหล่งประโยชน์อื่นๆเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ ความเข้มข้นในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่ากลางคืนไม่สะดวกในการให้อาหารจึงปรับเป็น 3 มื้อ ๆ ละ 250 ซีซี

O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (15/06/2567) พบ Potassium 2.93 mEq/L , HGB 11.7 เปอร์เซ็นต์, Hct 35.9 เปอร์เซ็นต์ แผลผลอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าปกติ

วัตถุประสงค์

1. รักษาความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายและความเข้มข้นของเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนจากภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลและความเข้มข้นในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับอาหาร 300 ซีซี x 3 มื้อตามแนวทางการรักษาของแพทย์
2. ค่า Potassium 3.5-5.1 mEq/L
3. ความเข้มข้นของเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ Hct 36.0-47.7 % Hb 12.0-14.3 g/dl
4. ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนจากภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจลำบาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลในการปรับอาหารเพื่อเพิ่มสารอาหารและเกลือแร่โดยนักโภชนาการ
2. แนะนำญาติในการดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหารให้เพียงพอ และกระตุ้นให้รับประทานอาหารทางปากเมื่อฝึกกลืนได้ ตามลำดับ
3. อธิบายสาเหตุ อาการและแนวทางแก้ไขให้ญาติเพื่อร่วมกันดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. เน้นย้ำญาติในการประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัว อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย ภาวะหายใจลำบาก
5. แนะนำญาติประเมินปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกและปัสสาวะ
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
7. ให้คำแนะนำการทำอาหารปั่นและให้สูตรอาหารเพื่อเสริมโภชนาการ โดยนักโภชนาการ

การประเมินผล

1. ญาติให้อาหารทางสายยางเป็น 300 มิลลิลิตร วันละ 3 มื้อตามแนวทางการรักษาของแพทย์
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงเพิ่ม ไม่มีอาการสับสน ไม่อ่อนเพลีย
3. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.0-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 76-112ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/77- 167/96มิลลิเมตรปรอท
4. ประเมินน้ำเข้าและน้ำออก อยู่ในช่วง 1500/800-1000 มิลลิลิตรต่อวัน
5. ประเมินปลายมือ ปลายเท้าไม่พบภาวะซีดรุนแรง
6. ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำหรืออาหารชิ้นเล็กๆทางปากได้เล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีภาวะท้องผูกเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

S: มีท้องผูกขับถ่าย 3-4 วัน/ครั้ง ญาติบอกต้องช่วยล้างก้น

O: ผู้ป่วยนอนบนเตียงเคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติไม่เกิดภาวะท้องผูก

2. ญาติมีความรู้ ทักษะ การประเมินอาการท้องผูกและการแก้ไขภาวะท้องผูก สามารถกระตุ้นการ

ขับถ่ายให้ผู้ป่วยได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขับถ่ายอุจจาระทุกวันหรือไม่เกิน 2 วัน

2. ผู้ป่วยไม่แน่นท้อง/กตท้องนิ่ม Bowel sound อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4-12 ครั้ง / นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ญาติประเมินการถ่ายอุจจาระทุกวัน

2. สังเกต บันทึกลักษณะ และระยะเวลาในการขับถ่าย

3. ประเมินและแนะนำให้ดื่มน้ำหลังมื้ออาหารและเพิ่มน้ำระหว่างมื้อ

4. ปรึกษาโภชนากรในการปรับอาหารเพิ่มกากใย

5. นักกายภาพบำบัดให้โปรแกรมการกระตุ้นผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวหรือการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวของลำไส้ ป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก

6. สอนเทคนิคการนวดคลึง กระตุ้นลำไส้ด้วยมือหรือน้ำอุ่น

7. ฟัง Bowel sound เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ปกติหรือไม่เกิน 2 วัน/ครั้ง ไม่ต้องใช้ยาระบาย ลักษณะอุจจาระไม่แข็ง เป็นก้อน ไม่ต้องช่วยล้างก้น

2. ญาติสามารถประเมินอาการ และดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก กระตุ้นการขับถ่ายให้ผู้ป่วยได้

3. ท้องนิ่ม Bowel sound อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4-12 ครั้ง / นาที

การนำไปใช้ประโยชน์

- นำไปใช้เป็นคู่มือ แนวทางการดูแลผู้ป่วย สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน แบบองค์รวม โดยนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

- เป็นเอกสารวิชาการ สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจศึกษาค้นคว้าต่อไป

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน จำนวน 1 ราย

วันที่รับไว้ดูแล : 15 พฤษภาคม 2566 วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล : 15 สิงหาคม 2566

จำนวนวันที่รับไว้ในความดูแล 3 เดือน มีการเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง

เยี่ยมครั้งที่ 1 15 พฤษภาคม 2566

เยี่ยมครั้งที่ 2 22 พฤษภาคม 2566

เยี่ยมครั้งที่ 3 20 มิถุนายน 2566

เยี่ยมครั้งที่ 4 15 สิงหาคม 2566



ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านใน ระยะ Intermediate care ญาติได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความมั่นใจ สามารถดูแลการทำ หัตถการต่างๆและการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ไม่พบภาวะเลือดออกซ้ำ ได้ใช้บทบาทของพยาบาลชุมชน คือ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย การใช้เครื่องมือ INHOMESSS , ADL การใช้ นวัตกรรม นาฬิกาปลุกตัว นวัตกรรม coc trat telenursing สื่อและเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในระยะ Intermediate care ผู้ป่วยมีพัฒนาการดีขึ้น E2VTM2 , ADL 1 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน UTI /Pneumonia ผลกดทับเริ่มแห้ง ตื่นขึ้น สามารถฝึกผู้ป่วยหย่าออกซิเจน ที่บ้าน โดยใช้โปรแกรม trat telenursing ได้สำเร็จ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจำหน่ายออกจากความดูแล และส่งต่อให้ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชนดูแลต่อ โดยยังติดตาม เยี่ยมตามเกณฑ์และมีช่องทาง ให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลาทั้งในกรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน



เอกสารอ้างอิง

- จรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ. (2563). บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 3(1), 3-9
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2565). *กายวิภาคของสมองและสมองทำงานอย่างไร*.
https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay_decode.php?var=4LiB4Liy4Lii4Lin4Li0IzY4NA==
- ฐิตาพร วรภินท์วิศิษฐ์, อุไร จิ้งโง่ง, ศิริขวัญ นาควิสัย และ ภาวดี ชัยรัตน์. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาริบัติ*, 27(2), 165-169.
- ณรงค์ เวชกามา. (2557). การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). *วารสารวิชาการแพทย์*, 28(3), 2-3.
- พรทิพย์รดา สุขชื่นบุลภรณ์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิชาการและการพยาบาล*, 1(2), 2-6.
- พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. (2565). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 3-4.
- รัตนา พันธกิจ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ. *เอกสารเผยแพร่งานวิชาการโรงพยาบาลสงขลา*, 1, 7-19
- โรงพยาบาลบางปะกอก3. (2565). *ปัจจัยเสี่ยง เกิดโรคหลอดเลือดสมอง*. โรงพยาบาลบางปะกอก3.
https://www.bangpakok3.com/care_blog/view/232
- สายสุนี เจริญศิลป์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2563). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)*. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 6-7, 27
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 2-6.