

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะสมองบวมและโรคร่วม
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 15 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล 10 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งมีสาเหตุจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ อุดตันหรือแตก พบได้ทั้งในเพศชายเป็นอันดับ 1 และหญิงเป็นอันดับ 2 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 8.5 ล้าน มีผู้ป่วยรายใหม่ 15.8 ล้านคนต่อปี ในประเทศไทยอัตราเสียชีวิต 45.60 คนต่อแสนประชากร หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีจะทำให้ถึงแก่ชีวิตหรือเกิดความพิการถาวรได้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดอายุมากกว่า 50 ปี หากสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจาก โรคหลอดเลือดสมองได้⁽³⁾ และไขมันในเลือดสูงจากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสระแก้ว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2565 จำนวน 1,168 ราย โดยแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ตีบหรืออุดตัน 743 ราย แยก 425 ราย หญิงร้อยละ 42.27 ชายร้อยละ 57.73 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 63.36 และ พบว่า ร้อยละ 70 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงหรือไขมัน มีปัจจัยเสี่ยงเรื่องสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ร้อยละ 25.45 ขาดยา ร้อยละ 13.64 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บางรายเกิดความพิการหลงเหลืออยู่โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบมีภาวะสมองบวมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ คืออารมณ์แปรปรวน มีภาวะสมองเสื่อมวิตกกังวล ซึมเศร้า หลับยาก เป็นต้น

ความหมายของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ โรคความผิดปกติของสมองที่จะทำให้เกิดอาการแสดงขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองในบริเวณนั้น แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ ตามพยาธิกำเนิด คือ ภาวะสมองขาดเลือดเนื่องจากมีหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke) และหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โดยในกลุ่มหลอดเลือดสมองแตกยังแบ่งเป็นสองสาเหตุคือ ภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage, ICH) และภาวะเลือด ออกนอกเนื้อสมองประกอบด้วยภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage, SAH) ภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Subdural hemorrhage, SDH) และ ภาวะเลือดออกเหนือชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Epidural hemorrhage, EDH) ในทวีปยุโรปและ สหรัฐอเมริกาสัดส่วนความชุกของกรณีหลอดเลือดสมองอุดตันอยู่ที่ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ส่วนร้อยละ 15 ที่เหลือเป็นกรณีหลอดเลือดสมองแตก ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานตัวเลขที่แน่นอนของสัดส่วนความชุกดังกล่าวแต่คาดว่าสัดส่วนไม่น่าแตกต่างจากทั่วโลก (สมบัติ มุ่งทวี พงษา, 2563)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ (อุดม สุทธิพนไพศาล, 2563)

1. โรคความดันโลหิตสูง ผู้มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/90 mmHg เป็นระยะเวลานาน จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วกว่าปกติ ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง มักพบบริเวณวงกลมเซอร์เคิลออฟวิลลิส ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและ

ความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงทำให้กลไกการปรับตัวเองของร่างกายเสียไป ส่งผลทำให้สมองทำงานผิดปกติ เกิดหลอดเลือดตีบตันหรือแตก

2. โรคหัวใจ กลไกการเกิดจากโรคหัวใจพบในโรคของลิ้นหัวใจตีบ, atrial fibrillation, กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อหัวใจบีบตัวทำให้เกิดลิ้นเลือดหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดที่สมองได้ง่าย และเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง

3. เบาหวาน โรคเบาหวานทำให้เซลล์ใช้น้ำตาลไม่ได้เต็มที่ ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ๆ เกิดการแข็ง (atherosclerosis) เมื่อเลือดไหลเวียนไป หลอดเลือดแข็งยืดหยุ่นไม่ได้ จึงมีโอกาสเกิดการอุดตันได้ง่ายและยังมีโอกาสเกิดหลอดเลือดโป่งพองได้ง่าย

4. ระดับไขมันในเลือดสูง การมีคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

5. การสูบบุหรี่ มีความเสี่ยงก่อให้เกิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตันที่สมองและหัวใจ (Chin, Sakinah, Aryati, & Hassan, 2018)

6. การดื่มแอลกอฮอล์มาก

7. ขาดการออกกำลังกาย

8. ฮอโมนบางอย่าง โดยเฉพาะฮอโมนเพศหญิง ทำให้หลอดเลือดดำในสมองอักเสบ

9. โรคอ้วน ความอ้วนสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง (Chin, Sakinah, Aryati, & Hassan, 2018) นอกจากนี้การมีเม็ดเลือดแดงสูง (Polycythemia) ในผู้ที่อาศัยอยู่ในที่สูง หรือผู้ที่มี Hematocrit เกินกว่า 45 % จะทำให้การไหลเวียนเลือดหนืดกว่าปกติเกิดเนื้อสมองตายได้

พยาธิสรีรวิทยา

สมองเป็นอวัยวะที่ต้องการเลือดไปเลี้ยงมากที่สุดในร่างกายเมื่อเปรียบเทียบกับอวัยวะอื่น ถึงแม้จะมีน้ำหนักเพียงร้อยละ 2 ของมวลรวมแต่ต้องการถึงร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 20 ของปริมาณ เลือดที่ออกจากหัวใจ เพื่อส่งออกซิเจนและกลูโคสให้ใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึมต่างๆ เมื่อใด ก็ตามที่เกิดการอุดตันของหลอดเลือด การไหลเวียนเลือดจะไม่หยุดไปทั้งหมดอย่างสิ้นเชิงเนื่องจาก มักจะมีการไหลเวียนเลือดจากข้างเคียงมาช่วยหล่อเลี้ยงไว้ได้บ้าง อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการไหลเวียนเลือดอยู่บ้าง แต่ก็ไม่พอเพียงที่จะทำให้เซลล์สมองทำงานได้ เมื่อเวลาผ่านไปการไหลเวียน เลือดก็จะลดลงเรื่อยๆ และเมื่อการไหลเวียนเลือดลดลงจนการกำซาบของเลือดน้อยกว่า 18 มิลลิลิตร ต่อ 100 มิลลิกรัมของเนื้อสมองต่อนาที เซลล์สมองในบริเวณดังกล่าวจะเกิดภาวะสูญเสียที่ไม่สามารถ กลับคืนมาเป็นปกติได้อีกต่อไป กระบวนการในระดับเซลล์ของสมองขาดเลือดเราเรียกว่า ischemic cascade เริ่มจากเซลล์สร้างพลังงานได้ลดลง ตามด้วยการกระตุ้นตัวรับกลูตาเมต (overstimulation of neuronal glutamate receptors) หรือ excitotoxicity เกิดการสะสมของประจุโรคหลอดเลือดสมองอุดตันโซเดียม ประจุคลอไรด์ และประจุแคลเซียมภายในเซลล์ เกิดภัยอันตรายต่อไมโทคอนเดรีย (mitochondrial injury) และท้ายที่สุดคือเซลล์ตายถาวรและไม่สามารถกู้กลับคืนได้ ภายในไม่กี่นาทีหลังจากที่เซลล์ประสาทขาดออกซิเจนและกลูโคส, electrophysiologic function ของ neuron และ glial ก็หยุดทำงาน และภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงก็จะเกิดการบวมของเซลล์เหล่านี้ การเกิดเส้นเลือดสมองอุดตันก่อให้เกิดภัยอันตรายในระดับต่างๆ ต่อ เนื้อสมองที่อยู่ในแนว territory ของเส้นเลือดนั้นๆ ความรุนแรงของภัยอันตรายดังกล่าวขึ้นกับ ระดับของการกำซาบของเลือดที่ยังเหลืออยู่ หรือการไหลเวียนที่มาจากหลอดเลือดข้างเคียง ส่วน ของสมองที่ขาดเลือดอย่างสมบูรณ์เรียกว่า “core” เป็นส่วนที่จะมีการสูญเสียการทำงานของ

เซลล์ อย่างสมบูรณ์ไม่สามารถกู้กลับคืนได้และน่าจะเกิดภาวะ cell death ภายในเวลาไม่กี่นาที ส่วนของสมองที่เลือดไปเลี้ยงลดลง แต่ยังไม่รุนแรงถึงขนาดที่ทำให้เซลล์สมองตายไป แต่ก็ทำให้เซลล์สมอง ส่วนนี้ไม่สามารถทำงานได้ เซลล์อาจมีชีวิตอยู่ได้หลายชั่วโมงหลังจากเริ่มมีการกำซาบของเลือด ลดลง เรียกส่วนของเนื้อสมองส่วนนี้ว่า “penumbra” ซึ่งมักจะอยู่รอบๆ core เซลล์ในส่วนนี้อาจจะกลับคืนมาเป็นปกติถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปริมาณของเนื้อสมองที่สูญเสีย ไปจากการขาดเลือดไปเลี้ยงก็จะมีขนาดลดลงถ้าสามารถปกป้อง penumbra ได้ และจะส่งผลให้มี ผลลัพธ์ทางคลินิก ดีขึ้น การรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นที่การกู้กลับคืน (salvaging) เซลล์ในส่วน penumbra ให้กลับคืนมาเป็นปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 80-85 แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

- 1.1 การมีหลอดเลือดอุดตัน (embolism) เป็นสาเหตุให้เนื้อสมองตาย
- 1.2 การมีลิ่มเลือด (Thrombus) ที่เป็นลิ่มเลือดจากหลอดเลือดอื่นๆ มาอุดตันหลอดเลือดสมอง
- 1.3 ภาวะสมองขาดเลือดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น หลอดเลือดอักเสบ ได้รับอุบัติเหตุเส้นเลือดผิดปกติ เป็นต้น หรือบางรายอาจไม่ทราบสาเหตุ (Cryptogenic stroke)

2. ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 15-20 พบได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

- 2.1 การมีเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage)
- 2.2 การมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage)
- 2.3 การมีเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage) (วันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล, ศรัณยา โฆสิตะมงคล, 2560)

กลุ่มอาการ Posterior Cerebral Artery (PCA) โดยทั่วไปหลอดเลือด posterior cerebral กำเนิดและรับเลือดมาจาก หลอดเลือดเบซิลาร์ในบางกรณีหลอดเลือด posterior cerebral อาจรับ เลือดมาจาก หลอดเลือด internal carotid ผ่านทางหลอดเลือด posterior communicating ที่ตำแหน่งโคนของหลอดเลือด posterior cerebral มี แขนงเล็ก ๆ ไปเลี้ยง midbrain บริเวณ cerebral peduncle และ tectum เมื่อมีการอุดตัน ณ โคนหลอดเลือด posterior cerebral จะทำให้เกิดการ ขาดเลือดบริเวณ cerebral peduncle ส่งผลให้ร่างกายซีกตรงข้ามอ่อนแรง ในระดับความรุนแรงที่ใกล้เคียงกันทั้งที่หน้า, แขน และขา นอกจากนี้ หลอดเลือด posterior cerebral ยังส่งแขนงไปเลี้ยง thalamus อาการ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดของ thalamus จากการอุดตันของ หลอดเลือด posterior cerebral คือ การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของ ซีกตรงข้าม บางรายอาจมีอาการปวดร่างกายซีกตรงข้าม และอาจจะมีอาการ อื่น ๆ เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรับรู้ลดลง หรือมีการเคลื่อนไหว ผิดปกติของแขนขาซีกตรงข้ามได้ ส่วนปลายของหลอดเลือด posterior cerebral ไปเลี้ยงบางส่วนของสมองกลีบ temporal และสมองกลีบ occipital เมื่อสมองกลีบ temporal ขาดเลือดจะทำให้เกิดการสูญเสียลานสายตา ซีกตรงข้ามด้านบน (homonymous upper quadrantanopia) หรือเกิดการสูญเสียลานสายตา ซีกตรงข้ามทั้งซีก (homonymous hemianopia) เมื่อมีสมองกลีบ occipital ขาดเลือด (พรพจน์ ประภาอนันตชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2563)

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ - อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมากมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้ายเป็นต้น - อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกับกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับ ร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง - มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด - มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน - การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้ว หายไปเองหรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวรเรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณ 15%

อาการใน case กรณีศึกษา

ปวดศีรษะพูดไม่ชัด ถ้ามตอบเป็นบางครั้ง บางครั้งฟังไม่รู้เรื่อง สื่อสารไม่เข้าใจ พฤติกรรมเปลี่ยน

สาเหตุ

เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบแคบ/อุดตัน หรือแตก พบได้ทั้งในเพศหญิงและชาย หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีจะทำให้ถึงแก่ชีวิตหรือเกิดความพิการถาวรได้

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามสาเหตุการเกิด ได้เป็น 2 ชนิดคือ

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 75-80 เกิดจากมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงในสมองจากลิ่มเลือด (thrombosis) หรือสิ่งหลุดอุดหลอดเลือด (embolism)
2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20-25 เกิดจากมีการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (aneurysm) หรือเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือดที่แข็งและมีแรงดันภายในสูง (atherosclerosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและอายุมากกว่า 50 ปี

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคใน case กรณีศึกษา

1. มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง รักษามา 12 ปี ทานยาไม่ต่อเนื่องขาดยามา 1 ปี
2. มีประวัติเป็นไขมันในเลือด รักษามา 12 ปี ทานยาไม่ต่อเนื่องขาดยามา 1 ปี
3. มีประวัติรักษาโรคหลอดเลือดสมองเมื่อปี พ.ศ.2554 กินยาไม่ต่อเนื่องขาดยา 1 ปี
4. มีประวัติสูบบุหรี่มานาน 30 ปี สูบวันละ 10 มวนต่อวัน
5. มีประวัติดื่มสุรามานาน 30 ปี ดื่มวันละ 1 แก้ว (200 ซีซี)

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆ และประวัติครอบครัวว่ามีญาติใกล้ชิดป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ จากนั้นแพทย์จะสอบถามอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวัดความดันโลหิต ฟังเสียงหัวใจและการทำงานของหลอดเลือด นอกจากนี้แพทย์ยังอาจใช้กล้องชนิดพิเศษเพื่อตรวจดูสัญญาณของ cholesterol ซึ่งมีลักษณะเป็นผลึกขนาดเล็กอยู่ที่หลังดวงตาด้วย

2. การตรวจเลือด แพทย์อาจสั่งให้มีการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อนำไปทดสอบดูการก่อตัวของลิ่มเลือด ซึ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดและสารเคมีต่างๆ ในเลือดเสียสมดุล การแข็งตัวของเลือดก็จะผิดปกติ

3. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) จะช่วยให้แพทย์เห็นภาพโดยรวมของสมอง และหากมีภาวะเลือดออกในสมอง ก็จะสามารถเห็นได้อย่างชัดเจน ซึ่งก่อนเอกซเรย์ แพทย์อาจฉีดสารถ้อยอมสีเข้าไปในระบบไหลเวียนเลือด เพื่อให้เห็นรายละเอียดของการไหลเวียนเลือดและสมองได้ดียิ่งขึ้น

4. การเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MR) มีจุดประสงค์คล้ายการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แต่จะช่วยให้แพทย์เห็นรายละเอียดของสมองได้อย่างชัดเจนมากกว่า ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยได้ง่ายขึ้น

5. การตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid Ultrasound) เป็นการตรวจที่ช่วยให้แพทย์เห็นการก่อดำของคราบพลัดจากไขมัน อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันและเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

6. การฉีดสีที่หลอดเลือดสมอง (Cerebral Angiogram) แพทย์จะสอดท่อไปยังหลอดเลือดสมองผ่านทางแผลเล็กๆ ที่ขาหนีบ จากนั้นจะฉีดสารถ้อยอมสีเข้าไปและเอกซเรย์ วิธีนี้จะช่วยให้แพทย์เห็นระบบการไหลเวียนของเลือดไปยังคอและสมองได้มากขึ้น

7. การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) วิธีนี้มักใช้ตรวจการทำงานของหัวใจแต่ในหลายกรณีก็ช่วยระบุการทำงานของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองได้ด้วยเช่นกัน หากพบว่ามีภาวะอุดตันของหลอดเลือด หรือพบลิ้นเลือดก็สามารถวินิจฉัยหาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองได้

กลุ่มอาการ Posterior Cerebral Artery (PCA)

โดยทั่วไปหลอดเลือด posterior cerebral กำเนิดและรับเลือดมาจากหลอดเลือด basilar ในบางกรณีหลอดเลือด posterior cerebral อาจรับเลือดมาจากหลอดเลือด internal carotid ผ่านทางหลอดเลือด posterior communicating ที่ตำแหน่งโคนของหลอดเลือด posterior cerebral มีแขนงเล็กๆ ไปเลี้ยง midbrain บริเวณ cerebral peduncle และ tectum เมื่อมีการอุดตัน ณ โคนหลอดเลือด posterior cerebral จะทำให้เกิดการขาดเลือดบริเวณ cerebral peduncle ส่งผลให้ ร่างกายซีกตรงข้ามอ่อนแรงในระดับความรุนแรงที่ใกล้เคียงกันทั้งที่ หน้า, แขน และขา นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ หลอดเลือด posterior cerebral ยังส่งแขนงไปเลี้ยง thalamus อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีการขาด เลือดของ thalamus จากการอุดตันของหลอดเลือด posterior cerebral คือ การสูญเสียการรับความรู้สึกของซีกตรงข้าม บางรายอาจมีอาการปวดร่างกายซีกตรงข้ามและอาจจะมีอาการอื่นๆ เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรับรู้ลดลง หรือมีการเคลื่อนไหวผิดปกติของแขนขาซีกตรงข้ามได้ ส่วนปลายของหลอดเลือด posterior cerebral ไปเลี้ยงบางส่วนของสมองกลีบ temporal และสมอง กลีบ occipital เมื่อสมองกลีบ temporal ขาดเลือดจะทำให้เกิดการสูญเสียลานสายตาซีกตรงข้าม ด้านบน (homonymous upper quadrantanopia) หรือเกิดการสูญเสียลานสายตาซีกตรงข้ามทั้งซีก (homonymous hemianopia) เมื่อมีสมองกลีบ occipital ขาดเลือดผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดเฉพาะบริเวณ splenium ของสมองด้านหลัง ซึ่งเกิดจากการอุดตัน แขนงย่อยของหลอดเลือด PCA จะมีลักษณะทางคลินิกจำเพาะคือ อ่านไม่ได้แต่เขียนได้ (alexia without agraphia) (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2563)

การแยกประเภทของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันตามกลไก

การเกิดโรคตามเกณฑ์ของ TOAST (TOAST classification) TOAST ย่อมาจาก Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment ซึ่งเป็นการ ศึกษาการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยการศึกษาที่มีการ แยกประเภทของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันตามกลไกการเกิดโรค เป็น 5 ประเภทได้แก่

1. Large vessel mechanism คือ กลไกการเกิดสมองขาดเลือดที่มีสาเหตุมาจาก หลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ระดับ artery มีภาวะตีบหรืออุดตัน
2. Cardioembolic mechanism คือ กลไกการเกิดสมองขาดเลือดที่มีสาเหตุมาจากก้อน เลือดจากหัวใจ หลุดขึ้นไปทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมอง
3. Small vessel mechanism คือ กลไกการเกิดสมองขาดเลือดที่มีสาเหตุมาจากพยาธิ สภาพในหลอดเลือดสมองขนาดเล็กระดับ arteriole
4. Other mechanisms คือ กลไกการเกิดสมองขาดเลือดอื่นๆ ที่เหลือนอกเหนือจาก สามกลไกหลักข้างต้น เช่น การฉีกขาดของผนังหลอดเลือด (dissection) หรือการอักเสบของ หลอดเลือด (vasculitis) เป็นต้น
5. Cryptogenic/Undetermined mechanism คือ ไม่สามารถระบุกลไกการเกิดสมอง ขาดเลือดที่ชัดเจนได้ โดยอาจไม่พบสาเหตุที่แน่ชัดหรือมีสาเหตุที่เป็นไปได้มากกว่าหนึ่งกลไก ข้อจำกัดสำคัญของการแยก กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันแบบ TOAST คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 50 จะ ถูกจัดอยู่ใน Cryptogenic/Undetermined mechanism ทำให้เสียโอกาสในการรักษาที่จำเพาะในบางกรณี จึง มีการเสนอระบบใหม่ขึ้น ได้แก่ ระบบ Causative Classification System (CCS) และระบบ Atherosclerosis – Small vessel disease – Cardiac source – Other (ASCO) เป็นต้น เพื่อลดข้อจำกัดของระบบ TOAST แต่ก็พบกับอุปสรรคต่างๆ ทำให้ไม่ได้รับความนิยม ระบบ TOAST ยังคงเป็นระบบที่ถูกนำมาใช้ในการแยกกลไก การเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันทั้งในงานวิจัยและเวชปฏิบัติ และเพื่อลดการเสียโอกาสในการรักษาที่จำเพาะ จึงได้มีการแยกกลุ่มจำเพาะที่เรียกว่า Embolic Stroke with Undetermined Source (ESUS) ออกจากกลุ่ม Cryptogenic เพื่อศึกษาวิจัยให้การรักษาที่จำเพาะ บางอย่างอาทิเช่นยาในกลุ่ม Non-vitamin K oral anticoagulant (NOAC) เป็นต้น

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) การรักษามุ่งเน้นไปที่การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการและป้องกันอาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง ยา บางชนิดจะต้องรีบใช้ทันทีเมื่อเกิดอาการและใช้ในระยะเวลาสั้นๆ จนกว่าอาการจะเริ่มดีขึ้น แต่ยาบางชนิดอาจ ต้องใช้ต่อเนื่องในระยะยาว ยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่ ในภาวะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน ยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาลำดับแรกคือ ยาละลายลิ่มเลือดซึ่งต้องให้ในระยะเวลาที่จำกัดหลังจาก เกิดอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง

1.1 ยาละลายลิ่มเลือด ยากระตุ้นทิสซูปลาสมีโนเจน (Intravenous thrombolysis recombinant tissue plasminogen activator) IV- rt-PA โดยขนาดที่ให้คือ 0.9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ขนาดสูงสุด 90 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ในการรักษามักจะใช้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อกำจัดลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ซึ่งจะทำให้เลือด ไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น หากผู้ป่วยถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมง และไม่มีความเสี่ยงเลือดออกใน สมอง แพทย์อาจพิจารณาใช้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ชนิดฉีด ยาชนิดนี้หากยิ่งได้รับเร็วประสิทธิภาพในการ รักษาจะยิ่งดีขึ้น ทว่าก่อนใช้ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยให้แน่ชัดว่ามีภาวะสมองขาดเลือดเพราะหาก วินิจฉัยผิด การใช้ยาจะยิ่งทำให้อาการร้ายแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยาดังกล่าวยังมีผลข้างเคียงที่อันตราย โดยอาจ ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง

1.2 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelets) เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ ยาแอสไพริน (Aspirin) มีหลักฐานชัดเจนว่ามีประโยชน์ในการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเป็นการให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

1.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติมีอาการใจสั่นและผู้ที่มีการลิ่มเลือดที่ขาหรือผู้ที่เคยมีประวัติการเกิดลิ่มเลือดอาจต้องใช้ยาชนิดนี้ ร่วมกับยาชนิดอื่นๆ เพื่อป้องกันการก่อตัวของลิ่มเลือดในอนาคตยาที่นิยมใช้ได้แก่ยา Oral anticoagulant ได้แก่ กลุ่ม Vitamin K antagonism (NOAC) คือ Apixaban Dabigatran Edoxaban และ Rivaroxaban ควรติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดเช่น prothrombin time (PT), Partial thromboplastin time (PTT) ยกเว้นยา กลุ่ม NOAC ไม่ต้องติดตามระดับ INR

1.4 ยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วยเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมองในระยะยาว

1.5 ยาลดไขมันในเลือด หากระดับไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยจะต้องใช้ยาลดไขมันในเลือดเพื่อป้องกันไขมันสะสมกลายเป็นคราบพลัดเกาะที่ผนังหลอดเลือด จนกลายเป็นสาเหตุให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด นอกจากการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะสมองขาดเลือดแล้ว ก็ยังมีวิธีการรักษาอื่นๆ ได้แก่

1.6 การผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ (Carotid endarterectomy) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดตีบอย่างรุนแรง อาจต้องใช้การผ่าตัดเพื่อเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ เพื่อกำจัดสิ่งอุดตันที่ขวางหลอดเลือดออก

1.7 การผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือด (Thrombectomy) ในกรณีที่มีลิ่มเลือดอุดตันการไหลเวียนของหลอดเลือดอย่างรุนแรง การผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือดจะช่วยทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น และไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเต็มที่

การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) recombinant Tissue - Plasminogen Activator (rt-PA) เป็นยาละลายลิ่มเลือด ที่มีข้อมูลทางการแพทย์ในการใช้เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลันมากที่สุดในปัจจุบัน อีกทั้งยังถือเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งการรักษาด้วย วิธีนี้มีข้อบ่งชี้และข้อจำกัดดังนี้ ข้อบ่งชี้ได้แก่

1. มีอาการของสมองขาด เลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง
2. มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่ตรวจพบได้และ ผลการตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมองไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง ข้อจำกัด ข้อห้าม ได้แก่

1. มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน
2. มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน
3. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน
4. เลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน
5. ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นเองอย่าง มากในเวลาอันรวดเร็วหรือมีอาการน้อยก่อให้เกิดความพิการที่ไม่รุนแรง เช่น ชาเล็กน้อยเพียงอย่างเดียว

6. มีอาการชักแต่เริ่มแรก

7. มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงเวลาอันใกล้

8. ความดัน ช่วงก่อนให้การรักษาส่ง โดยความดันซิสโตลิกสูงกว่า 185 มม.ปรอทหรือความดันไดแอสโตลิก สูงกว่า 110 มม.ปรอท

9. มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก/ ดล. หรือสูงกว่า 400 มก/ดล.

10. มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/mm³

11. ได้รับยา Heparin ภายใน 48 ชั่วโมงและมีค่า Partial Thromboplastin Time (PTT) ผิดปกติ

12. ได้รับยาต้านการแข็งตัวของ เลือดโดยมีค่า Prothrombin Time (PT) มากกว่า 15 วินาทีหรือมีค่า International Normalized Ratio (INR) มากกว่า 1.7

ข้อห้ามเพิ่มในกรณีที่จะให้ยา rt-PA ช่วง 3-4.5 ชั่วโมง

1. อายุมากกว่า 80 ปี

2. NIHSS > 25 (National Institute of Health Stroke Scale)

3. เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน หรือเป็นเบาหวานร่วมด้วย

4. รับประทานยาป้องกัน การแข็งตัวของเลือดอยู่ โดยไม่คำนึงถึง INR

แนวทางการดูแลรักษาและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีความสำคัญมากเพราะผู้ป่วยอาจมีภาวะเลือดออกในทำให้อาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยพยาบาลจึงควรมีแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ดังนี้

- ประเมินระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale ทุก 15 นาที ในระหว่างที่ให้ยา rt-PA จนครบ 2 ชั่วโมงและประเมินทุก 30 นาที ต่อเนื่องจนครบ 6 ชั่วโมง และต่อมาทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง เพราะระดับความรู้สึกตัวที่เลวลง เป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติในสมองที่อาจเกิดจากภาวะสมองบวม หรือเลือดออกในสมอง นอกจากนี้ควรสังเกตอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน เพราะเป็นอาการแสดงที่ช่วยบ่งบอกว่าอาจเกิดภาวะ เลือดออกในสมอง

- ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และประเมินทุก 30 นาที เป็นเวลา 6 ชั่วโมงและต่อมาทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง เพราะการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองบวมหรือมีเลือดออกในสมอง(สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

การพยาบาลแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

1. การประเมินทางระบบประสาท (Neurological assessment) เครื่องมือประเมินทางระบบประสาทที่เหมาะสมได้แก่ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

2. การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure control) พยาบาลสามารถป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: ICP) ได้โดยการปรับระดับเตียงให้ผู้ป่วยศีรษะสูงประมาณ 30 องศาดูแลจัดท่าให้ศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกและการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ดูแลระดับปวด ดูแลอุณหภูมิกาย ให้อยู่ในช่วงปกติ ดูแลการหายใจแลกเปลี่ยนก๊าซให้อยู่ในระดับ

ปกติ ประเมินและเฝ้าระวังอาการทางประสาททุก 1 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกอาการ ICP ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่เลวลงรายงานแพทย์ทันที โดย early signs ของ ICP ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กำลักร่วมเนื้อผิดปกติ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็น และรูม่านตามผิดปกติ สัญญาณชีพเริ่มเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตสูงร่วมกับความดันชีพจรกว้าง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และหายใจช้าลง ส่วน late signs ของ ICP ได้แก่ รูม่านตาเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงมากขึ้น รูปแบบการหายใจผิดปกติ ร่วมกับมีความผิดปกติของค่า arterial blood gas (ABG) พยาบาลควรแจ้งแพทย์ทันทีเมื่อมี early signs อย่างไม่อย่างหนึ่ง ส่งผู้ป่วยตรวจทางระบบประสาท เช่น CT scan หรือ magnetic resonance imaging (MRI) ดูแลระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนของเลือดให้คงที่ ดูแลให้ยากลุ่มความดันออสโมติกสูง (hyperosmolar agents) ได้แก่ mannitol และ hypertonic saline solution เพื่อลดภาวะบวมของเนื้อสมองและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ(นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

3. ภาวะสมองบวม (Cerebral Edema) อาจเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการอุดตันของลิ้มเลือดบริเวณสมอง ทำให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอจนทำให้เซลล์ในสมองตายและส่งผลให้สมองเกิดการบวมในเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การรักษาแพทย์จะให้ยาหรือของเหลวที่เหมาะสม ระบายน้ำไขสันหลังจากสมองลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดกะโหลกศีรษะ และการให้ยาลดสมองบวม 10% Glycerol เป็นสารเคมีที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย (ณัชชา อินทรกำแหง, 2566)

4. การจัดการความดันโลหิต (Blood pressure management) ภาวะความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณร้อยละ 80 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จะค่อยๆ ลดลงเอง ภายใน 48-72 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) ต้องเฝ้าระวังและวัดความดันโลหิต ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก ที่เริ่มให้ยาละลายลิ้มเลือดหลังจากนั้น ทุก 30 นาที ใน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง โดยควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/105 มิลลิเมตรปรอท (Class I: Level of evidence B) ในผู้ป่วยที่ไม่น่าจะได้ยา IV rt-PA แต่มีระดับความดันโลหิตสูง มากเกิน 220/120 มิลลิเมตรปรอท ประโยชน์ ในการลดความดันโลหิตใน 48-72 ชั่วโมงแรกยังไม่ชัดเจนแต่แพทย์อาจให้ลดระดับความดันโลหิตลงจาก baseline เดิมประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ ใน 24 ชั่วโมงแรก สำหรับแนวทางการควบคุมความดันโลหิตล่าสุดในผู้ป่วยเลือดออกในสมองระยะเฉียบพลัน คือ ควรลด systolic blood pressure ให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 6 ชั่วโมงแรก โดยให้ยาลดความดันโลหิตหลอดเลือดดำชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น Nifedipine ช่วยลดการขยายตัวของเลือดออกในสมองในระยะเฉียบพลันได้ พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย และแจ้งแพทย์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นและให้การพยาบาลเพื่อจัดการระดับความดันโลหิตผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (นิภาพร บุตรสิงห์ , 2562)

5. การจัดการอุณหภูมิกาย (Temperature management) เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 37.5 c ควรพิจารณาให้ยาลดไข้ ตามแผนการรักษา เช็ดตัวหรือใช้ cooling blanket ตามความเหมาะสม

6. การจัดการระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose management) keep 80-140 mg/dl

7. แนวทางการให้ออกซิเจน (Oxygen therapy) keep O2 saturation \geq 95 %ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังการผ่าตัดเป็นที่น่าสนใจผู้ป่วยที่มีภาวะสมองคั่งน้ำ (obstructive hydrocephalus) ที่เกิดจากการกดเบียดของ cerebellum ไปที่โพรงน้ำเลี้ยงสมองช่องที่สี่ (fourth ventricle) อาจต้องได้รับการเจาะระบายน้ำเลี้ยงสมอง (ventriculostomy) ร่วมด้วย

8. ภาวะเลือดออกแปรรูป (hemorrhagic transformation) การเกิดจุดเลือดออกขนาดเล็กในเนื้อสมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการ เปิดหลอดเลือด (recanalization therapy) ทั้งหลายเป็นภาวะที่พบบ่อยแต่ไม่ทำให้เกิดผลเสียใดๆ ในทางคลินิกภาวะเลือดออกแปรรูปขนาดใหญ่ที่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทำให้อาการทางคลินิกแย่ลง เรียกว่า symptomatic hemorrhagic transformation พบบ่อยขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย recanalization therapy ทั้งหลาย ตั้งแต่การให้ rt-PA ทางหลอดเลือดดำหรือการให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดแดงจนถึงการลากก้อนเลือดทางหลอดเลือดแดง (endovascular treatment) โดยมีอัตราการเกิดแตกต่างกันไป โดยพบ symptomatic hemorrhagic transformation ประมาณ ร้อยละ 6 ในผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA ทางหลอดเลือดดำประมาณร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่ได้รับ การให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดแดงปัจจัยในการทำนายโอกาสเกิดภาวะเลือดออกแปรรูป ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย rt-PA ทางหลอดเลือดดำมีอยู่หลายปัจจัย อาทิ ความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ NIHSS ในการประเมิน ผู้ป่วยที่มี NIHSS สูงก่อนการให้ยา rt-PA ก็จะมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกแปรรูปสูงกว่าผู้ป่วยที่มี NIHSS ต่ำ, การตรวจพบก้อนเลือดอุดตัน ในหลอดเลือด middle cerebral และตรวจพบลักษณะเริ่มต้นของการขาดเลือดในเนื้อสมอง ด้วย เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแบบไม่ฉีดสี (non-contrast CT) เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกแปรรูป เป็นต้น เนื่องจากมีหลากหลายปัจจัยอีกทั้งแต่ละปัจจัยมีน้ำหนักไม่เท่าเทียมกัน จึงมี การคิดวิธีใช้ปัจจัยต่างๆ มาคำนวณค่าความเสี่ยง ซึ่งมีอยู่หลายระบบด้วยกันที่สำคัญได้แก่ Hemorrhage after Thrombolysis (HAT) score ซึ่งใช้ปัจจัยแค่สามตัว ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด, NIHSS และตรวจพบลักษณะเริ่มต้นของการขาดเลือดในเนื้อสมอง ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แบบไม่ฉีดสี (non-contrast CT) Multicenter Stroke Survey (MSS) score ใช้อายุมากกว่า 60 ปี, NIHSS มากกว่า 10 คะแนน, ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ เกล็ดเลือดต่ำกว่า 150,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร, Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke (SITS)-Symptomatic Intracerebral Hemorrhage (SICH) risk score, blood sugar, early ischemic infarct signs, hyperdense cerebral artery sign, age, and the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) (SEDAN) score และ glucose at presentation, race, age, sex, systolic blood pressure and severity of stroke (GRASPS) score ที่นิยมใช้และมีการศึกษายืนยันความแม่นยำของการทำนายในประเทศไทย คือ SEDAN score และยังพบว่า atrial fibrillation เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะเลือดออกแปรรูปหลังได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำเพิ่มเติมจาก SEDAN score ในประชากรไทย เช่นเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า atrial fibrillation เป็นอีกหนึ่ง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกแปรรูปหลังได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำอย่างไรก็ตามมีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงภาวะเลือดออกแปรรูปหลังได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำในกลุ่มประชากรทางภาคเหนือของประเทศไทยพบว่ามีปัจจัยทั้งที่เหมือนและแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้การประยุกต์ใช้ระบบการทำนายความเสี่ยงภาวะเลือดออกแปรรูปหลังได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำในเวชปฏิบัติ ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ไม่ควรนำปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมาเป็น ข้อห้ามในการรักษา

การรักษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลความดันโลหิต ความดันโลหิตต่ำส่งผลเสียต่อผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีหลักฐานแสดงว่าการมีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท 1 ครั้งในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในสมองจะทำให้โอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2 เท่าและโอกาสเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า ถ้าเหตุการณ์ดังกล่าวเกิด กับผู้ป่วยมากกว่า 2 ครั้ง ควรรักษาระดับ CPP ให้มากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะสมองขาดเลือด ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ CCP มากกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และ ICP มากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ยาลดความดันที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง คือ ยาที่ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงโดยตรงซึ่งจะทำให้หลอดเลือดในสมองขยายตัวและความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นตามมา ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ hydralazine, nitroprusside และ nitroglycerin เป็นต้น

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke rehabilitation)

ภาวะทุพพลภาพเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผลให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะทุพพลภาพในผู้ใหญ่ ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตและมีอาการอ่อนแรงของขา ไม่สามารถกลับมาใช้กำลังขาจนใช้ประโยชน์ได้และร้อยละ 25 ต้องการความช่วยเหลือเพื่อลุกเดินร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถใช้มือข้างที่อ่อนแรงในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวที่ 6 เดือนหลังเกิดสมองขาดเลือด การให้การรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ช่วงต้นแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังหลงเหลือภาวะทุพพลภาพ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นและบรรเทาผลกระทบทางด้านต่างๆ ของภาวะทุพพลภาพ ส่งผลถึงการลดความเสี่ยงทั้งทางด้าน เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลักการสำคัญของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการให้การดูแลด้านฟื้นฟู สภาพอย่างเป็นระบบโดยสหสาขาวิชาชีพ เริ่มให้การฟื้นฟูตั้งแต่ 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการของโรค ถ้าไม่มีข้อจำกัดทางคลินิก แผนการให้การฟื้นฟูสภาพทั้งในและนอกสถานพยาบาลยึดประโยชน์สูงสุด แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสำคัญ รูปแบบการให้การฟื้นฟูมีความแตกต่างกันพอสมควรระหว่าง ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ประเทศส่วนใหญ่ในยุโรป และญี่ปุ่น จะมีระบบรองรับการ ฟื้นฟูที่ชัดเจนโดยเฉพาะสถานพยาบาลรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน (inpatient rehabilitation) ส่วนประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย จะไม่มีระบบการจัดการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ต้องการรับการฟื้นฟูอย่าง เข้มข้นก็ยังคงอยู่ในความดูแลของญาติโดยไม่มีสถานพยาบาลที่ชัดเจนที่มีหน้าที่รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในเพื่อฟื้นฟูสภาพ แบบรูปการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Recovery patterns) ความเข้าใจถึงแบบรูปของการฟื้นตัวของภาวะทุพพลภาพจะทำให้การวางแผนเพื่อฟื้นฟู ทำได้ถูกต้องแม่นยำมากขึ้นอีกทั้งยังทำให้การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพสามารถนำมาพยากรณ์แบบรูปการฟื้นตัวได้ แต่ต้องระมัดระวังในการนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากบริบทของการฟื้นฟูสภาพอาจมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถขยับแขนข้างที่อ่อนแรงจากสมองขาดเลือดก่อน 2 สัปดาห์ หลังเริ่มมีอาการมีโอกาสน้อยมากที่แขนข้างนั้นจะฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติ และถ้าแขนข้างนั้นยังไม่สามารถขยับตามสั่งได้ก่อน 3 สัปดาห์ มีโอกาสน้อยมากที่แขนข้างนั้นจะฟื้นตัวกลับมาจนใช้งานได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่เริ่มต้นด้วยการมีขาอ่อนแรงจนเดินไม่ได้ และมีเพียงร้อยละ 10 ที่สามารถกลับมาเดินได้โดยไม่ต้องมีการช่วยเหลือ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2563)

การพูดไม่ชัดในผู้ป่วย stroke (Neurological articulation disorders)

การพูดไม่ชัดจากระบบประสาทที่ควบคุมอวัยวะด้านการพูดบกพร่อง (Dysarthria) ทำให้มีภาวะที่เกี่ยวข้องกับการพูดอ่อนแรง เป็นอัมพาต หรือเกร็ง ถ้าพูดยาวๆ หรือนานๆจะยังไม่ชัดขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยอาจมีน้ำลายไหลที่มุมปากร่วม ด้วยการฝึกที่ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ เช่น การออกกำลังกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูด การฝึกเคลื่อนไหวอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด ช้าๆ เร็วๆ ชัดๆ โดยพิจารณาความสามารถของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ การฝึกพูด ที่เรียงลำดับให้ชัดเจน เช่น การท่องชื่อวันใน 1 สัปดาห์ การท่องชื่อ 12 เดือนใน 1 ปี การท่องสูตรคูณ การท่องพยัญชนะ ก-ฮ การอ่านหนังสือออกเสียง การถามตอบ ผู้ที่พูดเสียงเบา พูดประโยคสั้น ๆ แล้วเสียงหายไป ควรฝึกพูดลมหายใจเข้า ออกลึกลงๆ ช้าๆ แล้วลากเสียงสระยาวๆ การฝึกพูดกับบุคคลใกล้ชิด คนในครอบครัว และคนในสังคม ควรนำผู้ป่วยเข้าสังคมตามปกติ

ภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่พบบ่อย บางรายอาจมีภาวะดังกล่าวมานานหลายปี โดยไม่แสดงอาการ อย่างไรก็ตามแม้จะไม่แสดงอาการ แต่สร้างความเสียหายต่อหลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งสามารถตรวจพบความเสียหายเหล่านี้ได้ ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่น ๆ เช่น หัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ภาวะความดันโลหิตสูงมักจะพัฒนาต่อเนื่องในช่วงหลายปีและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย โดยทั่วไปภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่มีสัญญาณหรืออาการใด ๆ แม้ว่าค่าความดันโลหิตจะอยู่ในระดับที่สูงเกิน ปกติบางรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาจมีอาการปวดศีรษะ หายใจถี่ หรือมีเลือดกำเดาไหล อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักไม่แสดงจนกว่าภาวะความดันโลหิตจะอยู่ในขั้นรุนแรง

การดูแลความดันโลหิต

ความดันโลหิตต่ำส่งผลเสียต่อผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีหลักฐานแสดงว่าการมีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท 1 ครั้งในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในสมองจะทำให้โอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2 เท่า และโอกาสเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า ถ้าเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดกับผู้ป่วยมากกว่า 2 ครั้ง ควรรักษาระดับ CPP ให้มากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะสมองขาดเลือด ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ CCP มากกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทและ ICP มากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ยาลดความดันที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงคือยาที่ออกฤทธิ์ ขยายหลอดเลือดแดงโดยตรง ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดในสมองขยายตัวและความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นตามมา ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ hydralazine, nitroprusside และ nitroglycerin เป็นต้น

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ดังนี้

1. การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตันได้แก่อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและโปแตสเซียมต่ำร่วมกับอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มสัดส่วนของผักและผลไม้ในอาหารช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควบคุมน้ำหนัก ให้ BMI น้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โรคอ้วนโดยเฉพาะที่มีไขมันสะสมบริเวณลำตัว (obesity and body fat distribution): ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25 ถึง 29.9 ถือว่ามีน้ำหนักตัวเกิน และถ้ามีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ถือว่าเป็นโรคอ้วน โดยความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.39 เท่าในทุกๆ 5 กิโลกรัม ของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ส่วนไขมันสะสมบริเวณลำตัวใช้เกณฑ์เส้นรอบเอว โดยเส้นรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตรในผู้ชาย หรือเกิน 80 เซนติเมตรในผู้หญิง ถือว่ามีไขมันสะสมบริเวณลำตัว โดยค่าดัชนีมวลกายจะแปรผันโดยตรงกับเส้นรอบเอว การควบคุมน้ำหนักตัวและลดไขมันสะสมบริเวณลำตัว ทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงโดยตรง อีกทั้งยังทำให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงทางอ้อมอีกด้วย (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2563)

3. กลุ่มประชากรที่ไม่ออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มประชากรที่ออกกำลังกายเป็นประจำประมาณ 2.7 เท่า ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2563)

4. แนะนำการเลิกสูบบุหรี่หรือการหยุดสูบบุหรี่จะลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ การสูดดมควันบุหรี่จากผู้ใกล้ชิดเป็นประจำถึงแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าผู้ป่วยพร้อมและมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ดำเนินการส่งปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่และเลิกดื่มสุรา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดื่มสุราจัดควรเลิก หรือจำกัดปริมาณการดื่ม การดื่มสุราระดับ เล็กน้อย (เทียบเท่ากับไวน์ 300 มิลลิลิตรในผู้ชาย หรือไวน์ 150 มิลลิลิตรในผู้หญิง) อาจไม่เป็น ข้อห้าม และอาจเป็นผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่แนะนำให้เริ่มต้นการดื่มสุราในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดื่มสุรามาก่อน (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2563)

5. การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อย ทุก 6-12 เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามอาการแนะนำให้ยาลดไขมันกลุ่ม Statin ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับ low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) สูงกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และควบคุมให้ LDL-C มีระดับ ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) หรือมีหลักฐานว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวร่วมด้วย จากการศึกษา ที่มีชื่อว่า Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) พบว่า Statin สามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองใน 1 ปีได้ ที่ Number needed to treat เท่ากับ 258 โดยเกณฑ์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทุติยภูมิในผู้ป่วยไขมันใน เลือดสูงนิยมอ้างอิงจากคำแนะนำของ American College of Cardiology/American Heart Association 2018 (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2563)

6. ความดันโลหิตสูง: เป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของทั้งหลอดเลือดสมองอุดตัน และภาวะเลือดออกในสมอง ความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตที่สูงเกินระดับปกติ ความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศไทย อยู่ที่ประมาณร้อยละ 22 โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้น และความชุกของความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตเมืองจะสูง กว่าความชุกในชนบทที่มีการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนว่าความเสี่ยงของ

โรคหลอดเลือดสมองลดลง อย่างต่อเนื่องและแปรผันโดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่ลดลง การรักษาความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

7. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจ HbA1c < 7 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการใช้ชีวิต นอกจากนี้ ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการได้และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง - กรณีเป็นโรคหัวใจ ควรรับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยกรณีเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 65 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ คู่ การศึกษาเรียนจบชั้นประถม 4 มาด้วย 2 วันก่อนมาปวดศีรษะพุดไม่ชัด ถามตอบเป็นบางครั้ง บางครั้งฟังไม่รู้เรื่อง สื่อสารไม่เข้าใจ ขาดยาความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดสมอง มา 1 ปี เดิมช่วยเหลือตนเองได้ พุดคุยรู้เรื่อง แรกรับรู้สึกตัวดี ผลการตรวจ GCS (Glasgow coma scale) E4 V5 M6 Pupil 2 mm RTL BE motor power แขนขวาระดับ 5 แขนซ้ายระดับ 5 ขาขวาระดับ 5 ขาซ้ายระดับ 5 ความดันโลหิต 196/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส วัดค่าออกซิเจนในเลือด 98 % ประเมินความปวด=6/10 Moderate dysarthria ทดสอบการกลืนผ่าน ทานอาหารทางปากได้ ประเมิน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) = 4 คะแนน ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden scale=23 แปลผลว่าปกติ ทัวทั้งทางด้าน การรับรู้ ความรู้สึกด้านความเปียกชื้น การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ การเสียดสีและเสียดทาน คะแนน Fall risk (ประเมินคะแนนพลัดตกหกล้ม) = 2 คะแนน แปลว่ามีความบกพร่องในการรับรู้หรือการรู้ตัว ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน BI=95 คะแนน แปลผลได้ว่า การล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม ทำได้เอง การอาบน้ำทำได้เอง การแต่งตัวทำได้เอง การรับประทานอาหารทำได้เอง สามารถปัสสาวะได้เอง ถ่ายอุจจาระได้เอง สามารถเคลื่อนไหวได้เอง แต่การ ขึ้นบันไดต้องการคนช่วยเล็กน้อย การวัดอุณหภูมิโดยใช้ Modified Rankin scale (mRS) =2 คะแนน แปลว่า มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ได้ 2 คะแนน พบมีปัญหาหลับยาก หลับๆตื่นๆได้ 2 คะแนน พบว่ามีปัญหาหลับยาก หลับๆตื่นๆ ไม่มีสมาธิเวลาทำอะไรซึ่งน้อยกว่า 7 ข้อ จึงไม่ได้ส่งปรึกษาจิตเวช ผลการตรวจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Left PCA infarction with mild surrounded cerebral edema แพทย์ให้การรักษาโดย 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และได้ปรึกษาศัลยกรรมประสาท เพื่อวางแผนผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะลดอาการสมองบวมในหัวและอาหาร แพทย์ได้อธิบายกับญาติ เรื่องหลอดเลือดสมองตีบส่วนหลังของสมองทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมองร่วมกับมีภาวะสมองบวมร่วมด้วย ซึ่งบริเวณที่มีสมองบวมขนาดยังน้อยกว่า 5 มิลลิเมตรยังไม่ต้องผ่าตัดให้สังเกตอาการทางระบบประสาทและให้ยา

ลดสมองบวมก่อน ซึ่งผู้ป่วยได้รับยา 10% Glycerol 500 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตรา 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง × 5 วันจึงหยุด (6/9/66-11/9/2566) ร่วมกับให้ยา Manidipine (20) 1x2 o pc หลังจากให้ยาลดสมองบวมได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่า Resolving subacute left occipital and left posterior temporal lobe infarctions and also decreasing surrounded cerebral edema มีภาวะสมองบวมลดลง และติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเช้า, เย็น ผลตรวจปกติ ได้ยา Atorvastatin 40 mg 1xhs ได้รับการตรวจไขมันในเลือด LDL-Cholesterol = 117.5 , Vitamin B Complex 1x3 pc, Losec 40 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละครึ่งแล้วปรับเป็น Losec 20 1x1 o ac แทน ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต=187/109-131/80 มิลลิลิตรปรอท วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.5-38.1 องศาเซลเซียส วัดอัตราการเต้นหัวใจ=70-80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ=20 ครั้ง/นาที วัดค่าออกซิเจนในเลือด 98 % มีปัญหาเรื่องไข้ ได้ยา ATB อาการไข้ลดลง มีปัญหาเรื่องรับประทานอาหารได้น้อยจึงได้อาหารเสริม Bendera × 3 มื้อ ก่อนจำหน่ายรู้สึกตัวดี E4 V5 M6 motor power grade Rt arm/Leg v/v Lt arm/Leg v/v Pupil 2 mm RTLBE ไม่มีอาการปวดศีรษะ อาการทางระบบประสาทคงที่ ประเมิน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) = 1 คะแนนมีอาการปวดศีรษะลดลง ประเมินความปวด (pain score)= 0/10 คะแนน ตรวจวัดคุณภาพโดยใช้ Modified Rankin scale (mRS) = 1 คะแนน แปลว่า ไม่มีความผิดปกติสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง อาการทั่วไปปกติ แพทย์อนุญาตให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านได้ เพื่อทำกายภาพต่อเนื่อง สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยรายนี้มาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมองเดิม ขาดยามา 1 ปีและยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุราอยู่ ดังนั้นคำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นโรคซ้ำ จะเน้นเรื่องคำแนะนำในเรื่องการดูแลป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงที่ยังควบคุมไม่ได้ให้ความรู้การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง การทานยาต่อเนื่อง ส่งทำกายภาพต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่องและติดตามผลการรักษาโดยการนัดตรวจหลังจำหน่าย 1 อาทิตย์ พบอายุรแพทย์ประสาทวิทยา รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 10 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาอายุรแพทย์ประสาทวิทยาและประสาทศัลยแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูรวมถึงจิตแพทย์ ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
11. เผยแพร่ผลงานแบบนำเสนอที่ประชุมวิชาการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

4.3. เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะสมองบวมและโรคร่วม
2. พัฒนาระบบให้ได้รับการบริการที่ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการพิการและเสียชีวิต

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะสมองบวมและโรคร่วม จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในการดูแลตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2566 เวลา 08.00 น. ถึงวันที่ 15 กันยายน 2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 10 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางอายุรกรรมทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นแล้วมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยการรักษาในระยะแรกแพทย์จะประเมินการรักษาตามผลตรวจทางคอมพิวเตอร์หรืออาการร่วมและมุ่งที่ผลลัพธ์ความปลอดภัยและเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายกล้ามเนื้อให้กลับมาใช้งานได้โดยเร็ว

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฐมนิเทศพยาบาลสำเร็จใหม่หรือผู้ที่สนใจมาดูงานเพื่อผู้รับบริการจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องครอบคลุมและปลอดภัย
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะสมองบวมและโรคร่วมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความพิการ และเสียชีวิต

3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล
4. เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาทางการพยาบาลขององค์กรอย่างต่อเนื่อง
5. เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพยาบาลเฉพาะทางในด้านการให้การพยาบาลเรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะภาวะแทรกซ้อนสมอง บวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จากหลอดเลือด สมองส่วนท้ายทอยตีบและภาวะความดันโลหิตสูง ต้องใช้การพยาบาลที่ซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากต้องมีการเฝ้าระวังให้การพยาบาลที่ซับซ้อนและยุ่งยาก ซึ่งหากไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การพัฒนาบุคลากรควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมเดือนละ 1 ครั้ง
2. การประเมินเรื่องความพร้อมก่อนการจำหน่าย
3. การส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะร่วมถึงการส่งอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จับใหม่เกี่ยวกับการประเมินทางระบบประสาทและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
3. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองตีบ ควรทำงานในรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม โดยอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานเป็นทีม เพื่อการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีกและควรจัดโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ การพบแพทย์ตามนัด การควบคุมอาหาร และมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม
4. จัดให้มีกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงต่างๆเพื่อลดความรุนแรงโรค ลด ภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและประเทศชาติ
5. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะแรกที่กลับสู่ชุมชนนั้นมีความยุ่งยาก สำหรับรายนี้ ผู้ดูแลมีเพียงคนเดียวเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมการดูแล การดึงศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรส่วนท้องถิ่นมาช่วย

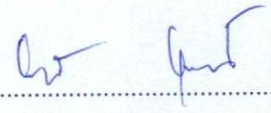
10. การเผยแพร่ผลงาน

ดำเนินการเผยแพร่โดย นำเสนอที่ประชุม (oral presentation) ในการประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดสระแก้ว จัดโดยโรงพยาบาลอรัญประเทศ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางอรรทัย บุตรพรหม ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

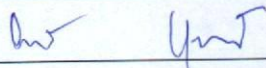
(นางอรรทัย บุตรพรหม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๖ / ๑๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอรทัย บุตรพรหม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวประคองแก้ว นวลสาลี)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

(วันที่) ๒๗ / สิงหาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) ๒๗ / สิงหาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒๗ / สิงหาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ลงชื่อ) 

(นายธราพงษ์ กีบโก)

(..... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว)

(ตำแหน่ง)

(วันที่) ๒๗ ก.พ. ๒๕๖๖

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง พัฒนาแนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และพบว่าภาวะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีความชุกมากในผู้สูงอายุนั้น เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย โดยเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ รวมถึงภาวะทุพพลภาพที่จะตามมา ดังนั้นการเข้าใจถึงภาวะนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุมีความสำคัญมากเพื่อที่จะเตรียมพร้อมในการ รองรับกับอุบัติเหตุการเกิดโรคที่อาจจะมากขึ้นในอนาคต ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนอกจากอายุ ที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังประกอบไปด้วยปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะหลอดเลือดผิดปกติจากการที่มีโปรตีน Amyloid β สะสมที่ผนังหลอดเลือด ซึ่งแพทย์ผู้รักษาควรให้การดูแลและควบคุมปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จะเกิดผลที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยทั้งในแง่ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และผลจากการฟื้นฟูกายภาพบำบัดในระยะยาว ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และโรคหลอดเลือดสมอง มีความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงโดยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และยังคงส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต (มัญจumas มัญจาวงษ์, 2562) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก ปีพ.ศ.2563 พบผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Division of Non-communicable Diseases, 2021) และพบว่า ในปี 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 800,749 ราย และเสียชีวิตจำนวนถึง 41,840 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.58 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของ ประเทศไทย สถาบันประสาทวิทยา ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการวางระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke fast tract) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง แรกหลังเกิดอาการ มีโอกาสหายเป็นปกติสูง ลดความพิการลดลง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง และ จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

จากสถิติมีผู้มารับบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564-2566 มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564 จำนวน 917 ราย, ปี 2565 จำนวน 980 ราย และ ปี 2566 จำนวน 1,002 ราย ของผู้มารับบริการ(งานสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ด้วยโรคระบบประสาททั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อันเนื่องมาจากการดำรงชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง สภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 ด้วยภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นเช่นเดียวกัน อันเนื่องมาจากสภาวะของโรคเอง

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

หรือจากการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย การขาดความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หรือการไม่มีผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องขาดนัดมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่มีญาติดูแล และมีปัญหาเรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาล ดังนั้นการที่จะเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และมีคุณค่าในตนเองนั้น พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องพัฒนาระบบการให้บริการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการ การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรมีแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ญาติ และผู้ป่วยที่สูงอายุมีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และไม่กลับมารักษาซ้ำ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ /แนวคิดข้อเสนอ

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยหลักสำคัญ 4 ประการ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อที่จะนำมาซึ่งความร่วมมือในการรักษาโรกระหว่างแพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วยและครอบครัว (educate patient and establish partnership) และควบคุมอาการของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้
2. การดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการของโรค (avoidance and control of triggers) และลดความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. การวางแผนและจัดการรักษาทางยาที่เหมาะสมในการรักษาระยะยาว (establish medication plans for long-term management) และเกิดผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้
4. การวางแผนการรักษาอาการสมองขาดเลือด และทำให้การทำงานของสมองกลับเข้าสู่ภาวะที่ปกติให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

จากหลักในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยผสมผสานกับกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่กล่าวว่า "การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี" โดยทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองเท่าที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เนื่องจากทฤษฎีนี้มีจุดเน้นของทฤษฎีที่สอดคล้องกับผู้ป่วยที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ที่สำคัญผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยการรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะยาวซึ่งการรักษาในระยะยาวที่ทำให้ได้ผลดีนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ จากตัวผู้ป่วยเอง และการมีส่วนร่วมของบุคคล

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ /แนวความคิดข้อเสนอ (ต่อ)

ในครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของสมองขาดเลือด แนวทางการรักษาพยาบาล การหลีกเลี่ยงเพื่อควบคุม ป้องกันไม่ให้เกิดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนอกจากนี้การให้การพยาบาลแบบประคับประคอง การสนับสนุนให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัว และการวางแผนติดตามดูแลช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุน ให้กำลังใจ และช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน จะช่วยให้บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างเป็นปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องวิธีการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหา และจัดทำคู่มือขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
2. เพื่อให้การพยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 นำแนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ผู้ป่วยและญาติ
3. เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 ถึงเดือน กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และญาติ
2. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่ต้องการ จะศึกษา และเลือกกลุ่มเป้าหมาย จากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 โดยมีอัตราในการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน และมีอัตราการกลับมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งในรอบ 28 วัน ในโรงพยาบาลโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญ และแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลกำหนดเนื้อหาในการจัดทำแนวทาง พัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ให้ดียิ่งขึ้น
3. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการจัดทำแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
4. จัดทำแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
5. ปรับปรุงแก้ไขแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตามข้อเสนอแนะ
6. เรียบเรียง และจัดทำแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเผยแพร่
7. คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนแจกแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
8. ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
9. แจกแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
10. ติดตามประเมินผลของพฤติกรรมดูแลตนเองหลังจากได้รับแนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินผลจาก
 - แบบสอบถามก่อน และหลังได้รับความรู้
 - การตอบคำถามของผู้ป่วย และญาติ โดยทางโทรศัพท์หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน
 - การสังเกตพฤติกรรมดูแลตนเอง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาแนวทางการพยาบาลใหม่ๆ ของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนในงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 มีความพึงพอใจจากการใช้แนวทางพัฒนาการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ลดระยะเวลาในการให้ความรู้คำแนะนำ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ฉบับ
2. มีแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อให้การพยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 นำแนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ผู้ป่วยและญาติ
3. อุบัติการณ์การกลับเป็นโรคซ้ำในโรคหลอดเลือดสมองเท่า 0

(ลงชื่อ).....

(นางอรัทัย บุตรพรหม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๖ / สิงหาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน