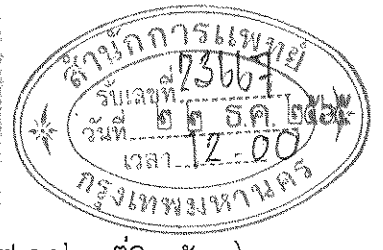




สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ชั้นที่ 11382
 ชั้นที่ ๒๒ ๓.๓. ๒๕๖๕
บันทึกข้อความ
 14.35



ส่วนราชการ โรงพยาบาลตากสิน (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน) โทร: ๐-๒๕๓๗ ๐๑๒๓ ต่อ ๓๕๑๑)

ที่ กท ๐๖๐๖/ ๑๕๐๕๕ วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ สพบ.

เรื่อง ขอส่งเอกสารเพื่อแจ้งจบการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางฯ ราย นางสาวปิยะนันท์ ชันแข็ง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๕

ตามหนังสือสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร ที่ กท ๐๔๐๑/๖๗๖ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ การฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ รุ่นที่ ๕๒ ราย นางสาวปิยะนันท์ ชันแข็ง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ โดยใช้เวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ และเบิกค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตร เป็นเงิน ๔๕,๐๐๐.-บาท (สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน) จากงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ของสถาบันพัฒนาข้าราชการ กรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร แผนงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผลผลิตพัฒนาบุคลากร งบรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุม และดูงานในประเทศและต่างประเทศ เป็นเงิน ๔๐,๐๐๐.-บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) และจากเงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาลตากสิน เป็นเงิน ๕,๐๐๐.- บาท (ห้าพันบาทถ้วน) นั้น

บัดนี้ ข้าราชการรายดังกล่าว ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรม และรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ ตั้งแต่วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งเอกสารแจ้งจบการฝึกอบรม ดังนี้

๑. สรุปรายงานการฝึกอบรม และแบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ
๒. ประกาศนียบัตร/หนังสือรับรองคุณวุฒิ/ใบแสดงผลการเรียน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายชจร อินทรบุหรัน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน



รายงานการฝึกอบรม

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

(นางรัตนา มุลนางเดี้ยว)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ส่วนพัฒนาบุคลากร
 รักษาราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการส่วนพัฒนาบุคลากร
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานเขตดุสิต

๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๕

มอญุดตจันใจดิฉันเห็น การต่อ



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ประกาศนียบัตรฉบับนี้แสดงว่า

นางสาวปิยะนันท์ ชื่นแข็ง

สำเร็จการอบรมหลักสูตร

การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ รุ่นที่ ๕๒
หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง ๕๐ หน่วยคะแนน
ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕
ณ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

(นายฉนิษฐ์ เวงจำภินันท์)
ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

(นายธงชัย กิรติหัตถ์ถยากร)
อธิบดีกรมการแพทย์

(นางสุวรรณา วิชาดสงเคราะห์)
ประธานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์

วิเชษฐ์ ชื่นแข็ง
นางคนลิวัดจำภินันท์

สรุปรายงานการอบรม

เรื่อง

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์
ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ – ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

จัดทำโดย

นางสาวปิยะนันท์ ชันแข็ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ ๐๔๐๑/๖๗๖ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล) นางสาวปิยะนันท์ นามสกุล ชันแข็ง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน การพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

กอง - สำนัก/สำนักงานเขต สำนักการแพทย์

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ ระดับ หลักสูตรการฝึกอบรม

การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์

ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๕,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ *ปิยะนันท์ ชันแข็ง* ผู้รายงาน
(นางสาวปิยะนันท์ ชันแข็ง)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สรุปรายงานการฝึกอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ รุ่นที่ ๕๒
ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
ณ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล

นางสาวปิยะนันท์ ชันแข็ง

อายุ ๓๓ ปี

การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ให้บริการพยาบาล

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๑๑ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมตกแต่ง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก

ชื่อเรื่อง

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล

ผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์

เพื่อ

ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม

ดูกาน สัมมนา ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ

โดยเบิกค่าลงทะเบียน

๑. จากเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ.๒๕๖๕ ของสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร แผนงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผลผลิตพัฒนาบุคลากร งบรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุมและดูงานในประเทศและต่างประเทศ เป็นเงิน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

๒. จากเงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาลตากสินที่ได้รับอนุมัติแล้ว เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

วัน เดือน ปี

ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

สถานที่

ณ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล

ผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาล ให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยประสาทวิทยา และประสาทศัลยศาสตร์ในระบบการบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ

๒.๑.๒ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการประสานความร่วมมือกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงานได้

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ ๓ รองจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง สำหรับในประเทศไทย จีนและญี่ปุ่น พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งรองจากโรคหัวใจ สำหรับประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข (public health statistic A D.๒๐๐๖) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๕ ในประชากรไทย (๒๐.๖/ประชากรหนึ่งแสน) และมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษา ร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ อันดับ ๑ ในเพศหญิงและอันดับ ๒ ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปี สุขภาพ (disability adjusted life year; DALY) ที่สำคัญอันดับ ๒ ทั้งในชายและหญิง ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมองจึง เป็นโรคที่มีความสำคัญยิ่งโรคหนึ่งของประชากรไทยและสมควรจัดทำแนวทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทาง รักษาโรคนี้

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้

“Rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than ๒๔ hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin”

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองยังคงถือว่า การวินิจฉัยทางคลินิกเป็นสิ่งสำคัญโดยทั่วไป การวินิจฉัยทำได้ไม่ยาก โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นส่วนใหญ่จะมีอาการทางระบบประสาท เป็นแบบเฉพะะที่ เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก กลืนลำบาก พูดลำบาก เดินเซ ตามองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ โดยที่อาการเหล่านี้จะเป็นอย่างเฉียบพลันอย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแบบ ค่อยเป็นค่อยไปใน ๒ - ๓ วัน หรือดีขึ้นแล้วเลวลงได้ และถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ โรคหัวใจ ก็ช่วย สนับสนุนการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น

ปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปอย่างต่อเนื่องวิธีที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่ง ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินการหลายประการ เช่น มีการตรวจวินิจฉัยและเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๓ - ๔.๕ ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ สามารถปฏิบัติได้ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมทางด้านบุคลากร เช่น ประสาทแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน / อายุรแพทย์ที่ได้รับประกาศนียบัตรฝึกอบรมการให้ยาละลายลิ่ม เลือดทางหลอดเลือดดำ CT brain ห้องผ่าตัดห้องปฏิบัติการ

ข้อแนะนำการใช้ "แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลทั่วไปได้ให้การ พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันสำหรับแพทย์ แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทาง หลอดเลือดดำ และแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์ โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามายังสถานบริการ จากแผนกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยในการผ่าตัด จนกระทั่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน ๓ - ๔.๕ ชั่วโมง

๑. จัดให้พยาบาล/เจ้าหน้าที่คัดกรอง / เวนแปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉินโดยเร็ว (ภายใน ๓ นาที)

๒. ชักประวัติและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

๒.๑ โรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ๑ ใน ๕ อย่าง ดังนี้

๑. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชา หรืออ่อนแรงแขนขา หรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

๒. การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็น

๓. การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

๔. เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว

๕. มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน และไม่เคยเป็นมาก่อน

๒.๒ ชักถามเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จะมีความสำคัญมากในการประเมิน เพราะโดยปกติถ้าผู้ป่วย/ญาติแจ้งว่ามีอาการหลังตื่นนอนและไม่ทราบเวลาเข้านอนที่ชัดเจน จะไม่นับเป็นผู้ป่วย Stroke fast track แต่ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการหลังตื่นนอน และทราบเวลาเข้านอนที่ชัดเจนและอยู่ในช่วงเวลาที่กำหนดก็สามารถเข้าเป็นผู้ป่วย Stroke fast track ได้ เช่น ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเวลา ๐๒.๓๐ น. แจ้งว่าตื่นนอนเวลา ๐๒.๐๐ น. พบมีอาการ แขนขา ชา อ่อนแรงข้างซ้ายและพูดไม่ชัด โดยได้เข้านอนตั้งแต่เวลาเวลา ๒๓.๐๐ น. เท่ากับผู้ป่วยรายนี้มีอาการแล้ว ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที ให้รับนำผู้ป่วยเข้าสู่ กระบวนการ Stroke fast track แต่ถ้าในกรณีที่ไมทราบเวลาที่แน่นอนชัดเจนให้ประเมินและใช้แนวทางการรักษาตาม Care map / Pathway ตามบริบทของหน่วยงานหรือประเมินโดยใช้ Act FAST (F= Face ปากเบี้ยวมุมปากตก A = Arms. อ่อนแรงแขนขา S = Speech พูดไม่ชัดหรือพูดไม่เข้าใจ T = Time ถ้ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งให้รีบไปโรงพยาบาลทันที)

๓. การประเมิน นอกจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวแล้วควรประเมินสภาพผู้ป่วยทั่วไปและการตรวจร่างกาย อื่น ๆ ได้แก่

๓.๑ สัญญาณชีพ (Vital signs)

๓.๒ Basic life support

๓.๓ อาการแสดงทางระบบประสาท (neurological signs) ได้แก่การประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง และกำลังแขนขา (หน้าที่ ๗)

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

๔. รายงานแพทย์ทันทีในกรณีต่อไปนี้

๔.๑ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงตามแผนภูมิที่ ๑

๔.๒ สัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ (ต้องรายงานภายใน ๔ นาที) ได้แก่

๔.๒.๑ ระดับความดันโลหิต

- SBP > ๑๘๕ - ๒๒๐ mmHg

- DBP > ๑๒๐ - ๑๔๐ mmHg

๔.๒.๒ ภาวะพร่องออกซิเจน o_2 Sat < ๙๒ % หรือผู้ป่วยที่มีภาวะ cyanosis

๔.๒.๓ ระดับความรู้สึกตัว GCS < ๑๐ คะแนน

๔.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด \leq ๕๐ mg/dL หรือระดับน้ำตาลในเลือด \geq ๔๐๐ mg/dL

๔.๔ อาการอื่น ๆ เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก ชัก เกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ เป็นต้น

๕. ส่งตรวจวินิจฉัยโรคตามแผนการรักษา เช่น

๕.๑ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๕.๒ ส่งตรวจพิเศษ CT brain non contrast

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ แพทย์จะพิจารณาให้รับผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาใน Stroke unit หรือ ICU เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดและประเมิน THROMBOLYSIS CHECK LIST ก่อนให้ยา

ข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ มีดังต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้

๑. มีอาการของหลอดเลือดสมองตีบ ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง (ในกรณีไม่ทราบเวลาที่เริ่มอาการอย่างชัดเจน หรือ มีอาการหลังตื่นนอน ให้นับเวลาล่าสุดที่มีพยานยืนยันว่าเป็นปกติ เป็นเวลาที่เริ่มมีอาการ)

๒. อายุ \geq ๑๘ ปี

๓. ผล CT brain ไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมองหรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง

ข้อห้าม

๑. ความดันโลหิตช่วงก่อนให้การรักษาสูง (SBP \geq ๑๘๕ mmHg หรือ DBP \geq ๑๑๐ mmHg) และไม่สามารถลดความดันโลหิตลงได้ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด

๒. CT brain พบมีสมองขาดเลือดมากกว่าขนาด ๑/๓ ของ cerebral hemisphere

๓. มีประวัติเลือดออกในสมองหรือกะโหลกศีรษะใน ๓ เดือน

๔. มีอาการที่สงสัยว่ามีเลือดออกชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage)

๕. มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน ๓ เดือน

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

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

๘. มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ ลูกบาศก์มิลลิเมตร

๙. ตรวจร่างกายพบมีภาวะเลือดออก (active bleeding)

๑๐. มีการแทงหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถกดได้ภายใน ๗ วัน

๑๑. มีระดับน้ำตาลในเลือด \leq ๕๐ mg/dL หรือ \geq ๔๐๐ mg/dL

๑๒. อาการทางระบบประสาทดีขึ้นอย่างรวดเร็วจนเกือบเป็นปกติ หรือมีอาการอย่างเดียวไม่รุนแรง เช่น แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อยโดยระดับ NIHSS น้อยกว่า ๔ ยกเว้นมี Aphasia หรือมี hemianopia

๑๓. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน ๑๔ วัน

๑๔. มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน ๒๑ วัน

๑๕. อาการชักตอนเริ่มมีอาการร่วมกับอ่อนแรงหลังชัก (Todd's paralysis)

๑๖. มีประวัติ recent myocardial infraction ภายใน ๓ เดือน

๑๗. NIHSS $>$ ๒๕

ข้อห้ามเพิ่มเติม กรณีให้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการ มากกว่า ๔.๕ ชั่วโมง*

๑. มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) โดยไม่พิจารณาค่า INR

๒. อายุ $>$ ๘๐ ปี

๓. เป็นเบาหวานร่วมกับเคยมีโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมาก่อน

กิจกรรมการพยาบาลในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

๑. การพยาบาลก่อนให้ยา

๑.๑ ประเมินสภาพผู้ป่วย ชั่งน้ำหนัก ประเมินสัญญาณชีพ (vital signs) และอาการแสดงทางระบบประสาท (neurological signs)

๑.๒ ชักประวัติและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาการมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น ชาครึ่งซีกแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว ตาพร่ามัวมองเห็นภาพซ้อน พูดลำบาก พูดไม่ชัด ฟังไม่เข้าใจ เวียนศีรษะ บ้านหมุน เดินเซ ปวดศีรษะรุนแรงชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน

๑.๓ ชักถามเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองต้องไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง

๑.๔ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, DTX, blood sugar, electrolyte, BUN, Cr, coagulogram (หรืออาจใช้การตรวจ coagulogram จากการเจาะเลือดปลายนิ้ว) clotted blood ๑ tube

๑.๕ เปิดหลอดเลือดดำ ๒ เส้น โดยเส้นหนึ่งให้ ๐.๙ % NSS ตามแผนการรักษาในข้างที่ไม่อ่อนแรง และ on NSS lock ในแขนอีกข้างหนึ่งเพื่อเตรียมไว้สำหรับฉีดยาละลายลิ่มเลือด

๑.๖ ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

๑.๗ ประสานและส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT brain)

๑.๘ ตรวจ EKG ๑๒ lead (อาจทำหลังให้ยาแล้วแต่บริบท)

๑.๙ ตรวจ chest x-ray (อาจทำหลังให้ยาแล้วแต่บริบท)

๑.๑๐ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับข้อดี และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาก่อนเซ็นใบยินยอมทำการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีญาติสามารถเซ็นใบยินยอมทำการรักษาหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้

๑.๑๑ แจ้งประสาทศัลยแพทย์และทีมห้องผ่าตัด

๑.๑๒ รายงานแพทย์ทันทีเมื่อได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่

๑.๑๒.๑ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) \geq ๑๘๕ mmHg หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) \geq ๑๑๐ mmHg

๑.๑๒.๒ ภาวะพร่องออกซิเจน เช่นระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (SpO₂) $<$ ๙๔ % หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะ cyanosis

๑.๑๒.๓ ระดับความรู้สึกตัว GCS ลดลงจากเดิม

๑.๑๒.๔ ระดับน้ำตาลในเลือด \leq ๕๐ mg/dL หรือ \geq ๔๐๐ mg/dL

๑.๑๒.๕ อาการอื่น ๆ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ชัก เกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ เป็นต้น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ แต่เนื่องจากยามีผลข้างเคียงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกตามร่างกาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาดังกล่าว แพทย์จะพิจารณาให้ยาจากข้อบ่งชี้ และข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

๒. การเตรียมและการให้ยา

๒.๑ คำนวณปริมาณยาที่จะให้จากน้ำหนักตัวผู้ป่วย ขนาดยาที่ให้ ๐.๙ mg/kg ปริมาณยาสูงสุดที่ให้ต้องไม่เกิน ๙๐ mg

๒.๒ ผสมยาในสารละลายชุดที่นำมา (ไม่ผสมยาในสารละลายที่มีส่วนผสม dextrose) โดยให้สารละลายที่ผสมแล้วมีความเข้มข้น ๑ mg/ml

๒.๓ ดูดยาที่ผสมแล้วมาร้อยละ ๑๐ (จากที่คำนวณได้) ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำไม่น้อยกว่า ๑ นาที ส่วนที่เหลือร้อยละ ๙๐ หยดเข้าทางหลอดเลือดดำไม่น้อยกว่า ๑ ชั่วโมง

๒.๔ ยาที่ผสมแล้วส่วนที่เหลือจากการคำนวณ ต้องเขียนวันที่ เวลาที่ผสมยาให้ชัดเจนและเก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ ๒-๘ องศาเซลเซียส และถ้าไม่ใช้ภายใน ๒๔ ชั่วโมงต้องทิ้ง

๒.๕ ห้ามให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับยาชนิดอื่นเข้าทาง IV line เดียวกัน

๓. การพยาบาลขณะให้ยาและหลังให้ยา

๓.๑ ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ๑๕-๓๐ องศา

๓.๒ ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ๒๔ ชั่วโมง

๓.๓ งดน้ำและอาหารยกเว้นยา ตามแผนการรักษา

๓.๔ วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท ควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง โดยให้ SBP < ๑๘๐ mmHg และ DBP < ๑๐๕ mmHg

๓.๔.๑ วัดทุก ๑๕ นาที x ๒ ชั่วโมง

๓.๔.๒ วัดทุก ๓๐ นาที x ๖ ชั่วโมง

๓.๔.๓ วัดทุก ๑ ชั่วโมง x ๑๖ ชั่วโมง

๓.๔.๔ วัดทุก ๔ ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่แล้ว

๓.๕ แนวทางการให้ยารักษาโรคความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะ

เฉียบพลัน

๓.๖ ให้ออกซิเจน cannula ๒-๔ L/min keep SpO₂ > ๙๔ % (ตามแผนการรักษา)

๓.๗ ฝ้าระวังและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา

๓.๘ ฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา (ตาม standing order) เช่น เลือดออกในระหว่างหรือหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๒๔ ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติจากการให้ยา เช่น เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ มีจ้ำเลือดบริเวณที่แทงน้ำเกลือ รอยเจาะเลือด สีของอาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น

๓.๙ ตรวจสอบกิจกรรมดังต่อไปนี้ขณะให้ยา

๓.๙.๑ การให้ยา antiplatelet/anticoagulant (เช่น heparin, warfarin, aspirin, ticlopidine, clopidogrel, dipyridamole, glostazol, trifusal เป็นต้น)

๓.๙.๒ การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) รวมทั้งการแทงหลอดเลือดแดงใหญ่ (central venous access) หรือแทงหลอดเลือดแดงภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๓.๙.๓ การใส่ Foley's catheter ในช่วงเวลาที่ให้ยาหรือภายหลังการให้ยาหมด ๓๐ นาที

๓.๑๐ ควรให้ยาลดกรด เพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา

๔. การฝ้าระวังและดูแล กรณีที่สงสัยว่ามีเลือดออกในสมอง

อาการและอาการแสดง ที่สงสัยว่าจะมีเลือดออกในสมอง เช่น ปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างฉับพลัน สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงฉับพลัน หรือบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนหากพบอาการดังกล่าว ควรปฏิบัติดังนี้

๔.๑ หยดให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำทันที

๔.๒ รายงานแพทย์ทันที

๔.๓ เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency

๔.๔ เจาะเลือดตรวจ CBC, Coagulogram

๔.๕ เตรียมให้ FFP (fresh frozen plasma) ประมาณ ๑๐ cc/kg ตามแผนการรักษา

๔.๖ ประสานทีมผ่าตัด กรณีแพทย์พิจารณาทำผ่าตัด

แนวทางการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท (Neurological assessment)

๑. ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว

๑.๑ โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) ซึ่งมีคะแนนรวมสูงสุด = ๑๕ คะแนน

การลืมตา (eye opening)

- ลืมตาตัวเอง ๔ คะแนน
- ลืมตาเมื่อเรียก ๓ คะแนน
- ลืมตาเมื่อรู้สึกเจ็บปวด ๒ คะแนน
- ไม่ลืมตาเลย ๑ คะแนน

การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (verbal)

- พูดคุยได้ไม่สับสน ๕ คะแนน
- พูดคุยได้แต่สับสน ๔ คะแนน
- พูดเป็นคำ ๆ ๓ คะแนน
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ๒ คะแนน
- ไม่ออกเสียงเลย ๑ คะแนน

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (movement)

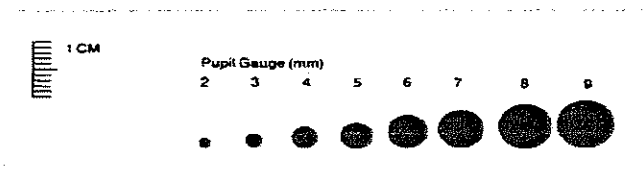
- ทำตามคำสั่งได้ ๖ คะแนน
- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ ๕ คะแนน
- ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ ๔ คะแนน
- แขนงอผิดปกติ ๓ คะแนน
- แขนเหยียดผิดปกติ ๒ คะแนน
- ไม่เคลื่อนไหวเลย ๑ คะแนน

หมายเหตุ : ลืมตาโดยไม่มี Response เลย ให้ ๑ คะแนน

: ถ้าใส่ท่อช่วยหายใจใส่ VT

: การประเมินแขนขา ให้ประเมินแขนขาข้างที่ดีที่สุด

๑.๒ ขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง



หมายเหตุ : การประเมินขนาดของรูม่านตา ประเมินขนาดของรูม่านตาก่อนรูม่านตากระทบแสงไฟฉาย

มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย บันทึกด้วยย่อ R = react to light normal

มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉายช้า บันทึกด้วยย่อ S = sluggish

ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย บันทึกด้วยย่อ N = no react to light หรืออาจใช้ F= Fixed

ถ้าตาปิด บันทึกด้วยย่อ C = close

๑.๓ กำลังของแขน ขา (motor power) มี ๖ ระดับ grade ๐-๕

Grade ๐ หมายถึง ไม่มีการเคลื่อนไหว

Grade ๑ หมายถึง กระดิกนิ้วได้

Grade ๒ หมายถึง ขยับได้ตามแนวราบ

Grade ๓ หมายถึง ยกแขนต้านแรงไม่ได้

Grade ๔ หมายถึง ยกแขนต้านแรงได้เล็กน้อย

Grade ๕ หมายถึง กำลังปกติ

หมายเหตุ : ต้องประเมินแขน ขา ทั้ง ๒ ข้าง

๑.๔ สัญญาณชีพ

๑.๔.๑ อุณหภูมิร่างกาย (temperature = T) ถ้า $T \geq 38.5$ องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์

๑.๔.๒ ชีพจร (pulse = P) ถ้า $P < 60$ ครั้ง/นาที หรือ > 100 ครั้ง/นาที ให้รายงานแพทย์

๑.๔.๓ อัตราการหายใจ (RR = respiratory rate) ถ้า $RR < 16$ ครั้ง/นาที และ > 20 ครั้ง/นาที หรือแบบแผนการหายใจที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์

๑.๔.๔ ความดันโลหิต (blood pressure = BP) ถ้า $SBP > 220$ mmHg หรือ $DBP > 120$ mmHg (SBP = systolic blood pressure, DBP = diastolic blood pressure) วัด ๒ ครั้ง ห่างกัน ๕ นาที ให้รายงานแพทย์ทันที

๑.๔.๕ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (SpO₂) ให้ keep SpO₂ $> 94\%$

๒. สังเกตและบันทึกอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก เกร็ง กระตุก และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ pulse pressure กว้าง (SBP-DBP > 60 mmHg) ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที พร้อมมีการบริหารจัดการช่วยเหลือโดยการลดทอนศีรษะสูง ๓๐ องศา จัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการพับ งอ หรือ บิดเอียงศีรษะ หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า ๙๐ องศา หลีกเลี่ยงการกดทับ หลอดเลือดบริเวณคอ เช่น การใส่ hard collar, soft collar หลีกเลี่ยงการผูกท่อช่วยหายใจ หรือ tracheostomy tube ที่แน่นเกินไปดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

๓. สังเกตอาการ progressive stroke, complete stroke และ recurrent stroke เช่น แขนขา ซาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจเพิ่มมากขึ้น

๔. ชักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยสนับสนุนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

๕. การตรวจร่างกาย ใช้แบบประเมิน NIHSS เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาล แล้วแต่บริบทของโรงพยาบาล

แนวทางประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

๑. การประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินทางระบบประสาท (NIHSS / GCS)

๒. ชักประวัติ

๒.๑ การเจ็บป่วยในอดีต โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๒ การเจ็บป่วยในปัจจุบัน เช่น ลักษณะเริ่มแรกของอาการ และลักษณะอาการที่บ่งชี้ของโรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ รวมถึงอาการดีขึ้นหรือเลวลง

๒.๓ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

๒.๔ การใช้ยา/แพทย์และอาหาร

๓. ประเมินความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ สัมพันธภาพในครอบครัวผู้รับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน และแหล่งประโยชน์

๔. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่องตามสภาพผู้ป่วย

แนวทางการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑. ดำเนินการส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน

๒. ประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้าหน่วยงานไม่มีแนวปฏิบัติ) เพื่อส่งตรวจตามแผนการรักษา

๒.๑ ห้อง x-rays ห้องตรวจคลื่นหัวใจ ห้องปฏิบัติการ

๒.๒ ส่งผู้ป่วยตรวจ Echocardiogram ในกรณีสงสัยว่าหลอดเลือดสมองอุดตันที่มีสาเหตุมาจาก

โรคหัวใจ

๒.๓ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม เช่น ESR, ANA profile, Coagulogram, Protein C, Protein S, Antithrombin III ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๔๕ ปี และไม่มีหลักฐานว่าหลอดเลือดสมองอุดตันที่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ

แนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจพิเศษ (Angiogram , CT, MRI)

กิจกรรมทางการพยาบาล Angiogram

การพยาบาลก่อนการตรวจ

๑. ส่งใบ request ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และซักประวัติเพิ่มเติม ประวัติการแพ้อาหารทะเล และ

สารทึบแสง

๒.๑ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจในการตรวจ รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ในระยะก่อนตรวจขณะตรวจ และหลังตรวจ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้ลงชื่อในใบยินยอมรับการตรวจรักษา

๒.๒ ตรวจดูผลการตรวจเลือด ถ้าพบว่ามีผิดปกติต้องรายงานแพทย์ เช่น (Coagulation defect, kidney function test)

๒.๓ ดูแลให้ผู้ป่วย งดน้ำและอาหารอย่างน้อย ๖ ชม. ก่อนทำการตรวจ

๒.๔ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

๒.๕ บันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทก่อนส่งตรวจ

๒.๖ เตรียมความสะอาดผิวหนัง โดยโกนขนบริเวณอวัยวะเพศและขาหนีบ ๒ ข้าง

๒.๗ ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะหรือใส่สายสวนปัสสาวะในบางรายตามแผนการรักษาของแพทย์

๒.๘ กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือมีปัญหาใด ควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้

การพยาบาลหลังการตรวจ

๑. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่งอขา ให้เหยียดขาข้างที่ทำให้ตรงนาน ๘ ชั่วโมง (กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนให้ผูกยึดไว้)

๒. จับชีพจรบริเวณ femoral artery ทั้ง ๒ ข้าง เพื่อเปรียบเทียบทำเครื่องหมายบนผ้าปิดแผล สังเกตลักษณะแผล บวม มีเลือดซึมหรือไม่

๓. จับชีพจรบริเวณ dorsalis pedis artery ทั้ง ๒ ข้าง สังเกตความผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยบ่นชา ปลายเล็บเขียวคล้ำชีพจรไม่ได้ ให้รายงานแพทย์ทันที

๔. ถ้าพบมี bleeding ซึม ให้กดบริเวณแผลนาน ๑๕ นาทีและรีบรายงานแพทย์

๕. บันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท ทุก ๑ ชั่วโมงจนกว่าจะปกติ

๖. หลังทำ ๘ ชั่วโมง off dressing ที่ขาหนีบ

CT BRAIN/CTA

การพยาบาลก่อนการตรวจ

๑. ส่งใบ request ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ

๒.๑ ถอดเครื่องประดับ โลหะ วัตถุโลหะตามบริเวณที่จะตรวจออกให้หมด เช่นสร้อยคอ ที่หนีบผม ต่างหู แวนตา ฟันปลอม

๒.๒ ชักประวัติการแพ้อาหารทะเล และสารทึบแสง

๒.๓ อธิบายให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติ เข้าใจในการทำและลงนามยินยอมในใบยินยอมรับการตรวจรักษา

๒.๔ ดูแลให้ผู้ป่วย งดน้ำและอาหารอย่างน้อย ๔ ชั่วโมง ก่อนทำการตรวจ (ถ้าเตรียมได้)

๒.๕ แนบผลการตรวจเลือด BUN, Cr.

๒.๖ ผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจสั่งการรักษาให้เปิดเส้นเลือดไว้ เพื่อเตรียมในกรณีฉีดสารทึบแสง

MRI BRAIN

การพยาบาลก่อนการตรวจ

๑. ส่งใบ request ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรณีเด็ก consult วิชาญญีแพทย์)

๒. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ

๒.๑ ชักประวัติเกี่ยวกับการมีโลหะในร่างกาย เช่น การใส่ pacemaker เป็นต้น

๒.๒ อธิบายให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติ เข้าใจในการตรวจ และลงนามยินยอมในใบยินยอมรับการตรวจรักษา

๒.๓ ในเด็กให้ IV fluid ตามแผนการรักษาของแพทย์

๒.๔ ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนตรวจ

๒.๕ ใช้สำลีอุดหู เพื่อป้องกันเสียงดังรบกวนในขณะที่ตรวจ

การพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Non admit)

กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเกิดการตื่นตัวในการรักษาต่อเนื่อง (stroke awareness) เช่น ถ้าเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันจะอย่างไร จะไปรักษาที่ไหนได้บ้าง ซึ่งปัจจุบันมีวิธีและแนวทางการรักษาแบบใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพ ถ้าสามารถรักษาในเวลาอย่างรวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการตายและอัตราความพิการลงได้ (stroke alert) เพราะถ้าหากประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะช่วยป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะสามารถเข้าถึงการบริการได้ทันทีการบำบัดรักษาอย่างทันที่ และในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติได้

ก. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

๑. อาการของโรคหลอดเลือดสมอง (เป็นทันทีทันใดและมีอาการอย่างน้อย ๑ อาการ)

๑.๑ แขนขา ชา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง

๑.๒ พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจ

๑.๓ เดินเซ เวียนศีรษะ

๑.๔ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีตมัวข้างใดข้างหนึ่ง

๑.๕ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน

ถ้าพบเห็นผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวข้อใดข้อหนึ่ง ให้รีบพบแพทย์โดยด่วน ถึงแม้อาการอาจจะดีขึ้นได้เองการไปพบแพทย์มีความสำคัญเพื่อจะได้รับการรักษาทันเวลาที่

๒. สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบมากในผู้ที่มีอายุ ๔๕ ปีขึ้นไปพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

๓. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้และที่ควบคุมไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

๑. ความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ ๔ - ๖ เท่า โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

๒. เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น ๒ - ๓ เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

๓. ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน ๒๐๐ mg% และระดับไขมันชนิดดีหรือ High Density Lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า ๔๕ mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดีหรือ Low Density Lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า ๑๐๐ - ๑๓๐ mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกรัน (plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด วิธีลดไขมันชนิดไม่ดีและเพิ่มไขมันชนิดดี ทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่มีไขมัน ลดลง เพิ่มผักและผลไม้มากขึ้น

๔. ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายโดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ ดัชนีมวลกาย (body mass index หรือ BMI) ไม่ควรเกิน ๒๕ kg/m² โดยคำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลัง ๒ หรือรอบเอวไม่ควรเกิน ๓๒ นิ้ว ในเพศหญิง และ ๓๖ นิ้ว ในเพศชาย

๕. โรคหัวใจ เช่น โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากลิ้นเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจ อาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิด atrial fibrillation (AF) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น ๕ เท่าของคนที่ไม่เป็น

๖. Homocystein สูง Homocystein เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือด ค่าปกติประมาณ ๕-๑๕ micromoles per liter เนื่องจาก Homocystein จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้ระดับ Homocystein สูง ทำได้โดยให้รับประทานอาหารที่มี Folic acid และหรือรับประทานวิตามินบี ๖ และ ๑๒ เสริม

๗. บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ ๒ เท่า

๘. แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง

๙. โคเคน แอมเฟตามีน (amphetamines) และ เฮโรอีน สารเสพติดดังกล่าวเป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้นเพิ่มความดันโลหิตขึ้นอย่างรวดเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

๑๐. การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงและผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานประเภททอดหรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียวและผลไม้

๑๑. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิด ยาสตีรอยด์ ภาวะเลือดหนืดข้น
ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

๑. อายุ ที่มากขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน ๕๕ ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า และคนอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป พบมากเป็น ๓ เท่าของคนที่ยาุน้อย

๒. เพศชาย พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าเพศชาย

๓. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

๔. เชื้อชาติ คนผิวดำ (African American) พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) ประมาณ ๒.๕ เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำมีภาวะอ้วน เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มากกว่าคนผิวขาว จึงมีโอกาสเกิดโรคนี้น่ากว่า

๕. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack:TIA) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ๑๐ เท่า การรับประทานยาป้องกันเกล็ดเลือดจับกลุ่มกัน สามารถช่วยป้องกันโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

๑. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

๑.๑ ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนขาหนักยกไม่ขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากพ้นระยะนี้ก็จะเกิดอาการเกร็ง มีการงอของข้อศอก นิ้วมือกำแน่นข้อสะโพกกางออก ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นานทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้การงอข้อลำบากเกิดข้อติด

๑.๒ ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกเด่นแบ่งเป็น ๓ ลักษณะ คือ

๑.๒.๑ มีความพร่องด้านการฟังคำพูด ไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน ผู้ป่วยพูดได้แต่จะมีปัญหาในการพูดตาม เนื่องจากฟังไม่เข้าใจคำพูดที่ให้พูดตาม (Receptive or Sensory aphasia) เกิดจากมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Wernicke's area (บางครั้งเรียก Wernicke's aphasia)

๑.๒.๒ ไม่สามารถเข้าใจทั้งภาษาพูดและภาษาเขียนแม้มองเห็น และพูดไม่คล่องหรือพูดไม่ได้เลย (Global aphasia) เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ของทั้งบริเวณ Broca's และ Wernicke's area

๑.๒.๓ มีความพร่องด้านการพูดและการเขียน สามารถอ่านและฟังเข้าใจได้ แต่ไม่สามารถพูดบอกความต้องการได้ (Motor or expressive aphasia) เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Broca's area

๑.๓ ความผิดปกติเกี่ยวกับกรเคลื่อนไหวและการกลืน พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๕ ซึ่งควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ ๗ ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๙, ๑๐ และ ๑๒ ควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยว

ริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลืนไม่สามารถวัตอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้

๑.๔ ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ ได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด แรกกตอุนหภูมิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกัน ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้

๑.๕ การมองเห็นผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ สูญเสียการมองเห็นของลานสายตาครึ่งใดครึ่งหนึ่งของตาทั้งสองข้าง (Homonymous hemianopia) จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากความผิดปกติของลานสายตาและระยะการมองเห็น

๑.๖ ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นความทรงจำที่เพิ่งผ่านไปหรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา

๑.๗ ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ หรือมีอาการท้องผูก

๑.๘ ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยอาจมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว

๒. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ มีความรู้สึกสูญเสีย ความวิตกกังวลความเครียด ความก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า

๒.๑ การสูญเสีย ได้แก่ เสียความภูมิใจในตัวเอง เสียความรู้สึกมั่นคง สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจออกมา

๒.๒ ความเครียด (Stress) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้

๒.๓ ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งคุกคาม อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว เกิดจากประสบการณ์การรับรู้ความเจ็บป่วย เช่น แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอาจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือใจสั่น แน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้

๒.๔ พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร ทูบทำลายสิ่งของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการหงุดหงิดได้ง่าย

๒.๕ ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของโรคมกและเป็นเรื้อรัง

๓. ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองทำให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ผู้ป่วยกับสังคมและบทบาทในสังคม

๔. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นไม่ว่าเฉียบพลันและเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

การตรวจวินิจฉัย

๑. การตรวจเลือดเพื่อหาสาเหตุต่าง ๆ เช่น Blood sugar, BUN, Cr, Electrolytes, CBC, PT, PTT, INR, lipid profile, VDRL

๒. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram)

๓. การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นความถี่สูง

- การตรวจหลอดเลือดที่คอ (Carotid duplex scan)
- การตรวจหลอดเลือดในสมอง (MRA, MRV)
- การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
- การตรวจการทำงานของหัวใจ (Echocardiogram)
- Transcranial Doppler ultrasound (TCD)
- Venous Doppler ultrasound

๔. การตรวจทางรังสี เช่น

- การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)
- การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT brain)
- การฉีดสารทึบแสงเพื่อดูหลอดเลือดที่เลี้ยงสมอง (Cerebral angiography)

การรักษา

ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วเท่าใดความพิการและอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น หลักการรักษาประกอบด้วย

๑. การรักษาทางยา สำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด จะให้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจะต้องมาตรวจสม่ำเสมอ เพื่อปรับขนาดยาตามแผนการรักษา

๒. การรักษาโดยการผ่าตัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางราย โดยเฉพาะรายที่มีเลือดออกในสมองสมองวม หรือในรายที่มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอมมากกว่า ๗๐% แพทย์อาจพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด

๓. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

๔. การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ข. การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอนการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ

การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งจำเป็น ควรมีการตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ โดยทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นญาติของผู้ป่วย เช่น สามีหรือภรรยา ลูก พี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน หรืออาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ ดังนั้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย นอกจากนั้น ยังต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย

บทบาทของผู้ป่วย

ต้องเรียนรู้การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามความเหมาะสมไม่เป็นการแก่ครอบครัว ลูกหลาน และผู้ดูแล

บทบาทของญาติ/ผู้ดูแล ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ให้ผู้ป่วยใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรงเท่าที่สามารถจะทำได้

๒. ช่วยเหลือกิจกรรมเท่าที่จำเป็นที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้

๓. ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

๔. ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย

๕. ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปาก ดูแลการขับถ่าย และการแต่งตัว ดูแลจัดแต่งทรงผม โกนหนวดเครา ดูแลผิวพรรณ ดูแลความสะอาดเล็บมือเล็บเท้า

๖. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ในรายที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ต้องมีทักษะในการให้อาหารทางสายยางได้อย่างถูกต้องวิธี ในรายที่รับประทานอาหารเองได้ให้ระวังการสูดสำลัก

๗. ในรายที่ผู้ป่วยเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถทำแผลและดูดเสมหะได้อย่างถูกต้องวิธี

๘. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง ดูแลผิวหนังและป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ

๙. ช่วยเหลือในการพักผ่อนนอนหลับ เช่น จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความสบายให้แก่ผู้ป่วย

๑๐. ช่วยเหลือในการป้องกันอันตรายต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม เช่น การเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

๑๑. ถ้าผู้ป่วยคายสว่นปัสสาวะไว้ ควรดูแลสายสวนลงระบบปิดที่ปลอดภัย โดยทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุกและน้ำสบู่ อย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง และทุกครั้งที่ปนเปื้อนอุจจาระ รวมทั้งตริงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ตึงรั้ง

๑๒. ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียงผู้ป่วย บอกวัน เดือน ปี เวลา สถานที่ และบุคคล ให้ผู้ป่วยได้รับทราบบ่อย ๆ

๑๓. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเคร่งครัด ห้ามขาดยาหรือปรับยาเองและพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด สังเกตอาการผิดปกติจากการได้รับยาด้านเกล็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ค. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการลดปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

๑. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมอย่าให้อ้วน

๒. งดสูบบุหรี่

๓. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๔. ตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

๕. ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว ต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาหรือปรับยาเองโดยเด็ดขาด เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหา Atrial fibrillation หรือ Carotid artery disease

๖. ในกรณีที่เป็โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันอยู่แล้ว แพทย์จะรักษาโดยให้รับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง

๗. รักษาความสะอาดของช่องปากไม่ให้เหงือกอักเสบ เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อ

๘. ลดอาหารเค็ม อาหารประเภทไขมัน ทุกชนิด รวมทั้งอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรายที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. การเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่

๑.๑ รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยหรือรับการประสานงานจากพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD/ER)

๑.๑.๑ สอบถามอาการ อาการแสดง เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย

๑.๑.๒ สอบถามแผนการรักษาพยาบาล เพื่อเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ และบุคลากรให้พร้อมในการพยาบาล

๑.๒ เตรียมเตียงและสภาพแวดล้อมสำหรับรับผู้ป่วย

๒. การรับผู้ป่วยใหม่

๒.๑ พยาบาลแนะนำตนเอง ต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

๒.๒ ประเมินสภาพผู้ป่วย ดังนี้

๒.๒.๑ ประเมินสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท

๒.๒.๒ ชักประวัติทั่วไปและประวัติทางระบบประสาทเพิ่มเติม เช่น

- ความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ตาพร่ามัวลง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง

- ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุราการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และโรคร่วมอื่น ๆ

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการรักษาที่เคยได้รับ

- ประวัติการใช้ยา/แพ้ยาลและอาหาร

๒.๓ จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง เปลี่ยนเสื้อผ้า พร้อมติดป้ายชื่อระบุตัวผู้ป่วย

๒.๔ ประสานงานและรายงานแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่รับใหม่ เพื่อประเมินและวางแผนการรักษาผู้ป่วย

๓. การเตรียมเอกสาร

๓.๑ ตรวจสอบการลงนามยินยอมรับการรักษา

๓.๒ เตรียมเอกสารและจัดทำรายงานผู้ป่วยรับใหม่ให้ครบถ้วน

๓.๓ ลงบันทึกทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล และบันทึกการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ถูกต้อง สมบูรณ์ ชัดเจน

๔. การปฐมพยาบาลผู้ป่วยใหม่และญาติ

๔.๑ แนะนำทีมงานรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

๔.๒ กฎระเบียบของโรงพยาบาล

๔.๓ สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

๔.๔ วิธีการใช้อุปกรณ์ภายในหอผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือเมื่อเกิดปัญหา

๔.๕ กำหนดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน

๔.๖ สถานที่ในการติดต่อเกี่ยวกับข้อมูลในการรักษาพยาบาล

๔.๗ แผนการรักษาของแพทย์

๔.๘ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิบัตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น

๕. การติดต่อญาติ

๕.๑ ชักประวัติและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ และการรักษาของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล

๕.๒ ประสานให้ญาติได้พบแพทย์เพื่ออธิบายผลการตรวจวินิจฉัย การดำเนินของโรค แนวทางหรือแผนการรักษา และการเตรียมความพร้อม เพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

๕.๓ ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

๖. การส่งเสริมและเตรียมความพร้อมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยการเตรียมความพร้อมของญาติ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การจัดทำนอน การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

๖.๑ ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ในการให้อาหาร แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่เก้าอี้ ฯลฯ เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

๖.๒ สอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (caregiver) เกี่ยวกับ

๖.๒.๑ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดทั้งการเลือกชนิดอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับหรือหลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย

๖.๒.๒ การจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ขณะรับประทานอาหารไม่เมื่อยล้า

๖.๒.๓ การลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ความสนใจของผู้ป่วยในการรับประทานอาหารลดลง

๖.๒.๔ การจัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้

๖.๒.๕ การให้อาหารอ่อนนุ่มและไม่มีน้ำมัน ถ้าอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาวควรตัดให้สั้น เพื่อให้กลืนได้สะดวก

๖.๒.๖ การแนะนำและฝึกวิธีการกลืนให้ถูกวิธี ขณะรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วย

๖.๒.๗ การดูแลหลังรับประทานอาหาร ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง ใช้หลอดดูดหรือใช้ช้อนป้อน และให้ดื่มน้ำครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

๖.๓ กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน

๖.๓.๑ แนะนำและฝึกวิธีการกลืนอย่างถูกวิธี

๖.๓.๒ สอนและแนะนำ ให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วย ในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน เช่น โจ๊กชั้น โยเกิร์ตชั้น เจลลี่

๖.๓.๓ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรงประมาณ ๙๐ องศา และจัดศีรษะตั้งตรงขณะรับประทานอาหาร

๖.๓.๔ ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง จะต้องฝึกทักษะให้กับญาติ/ผู้ดูแลรวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม

๖.๔ การสอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำหรือ เช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า ถอดรองเท้า ฯลฯ

๖.๕ สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เช่น

๖.๕.๑ สอน และแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ได้ช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ active- passive exercise

๖.๕.๒ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเบา-ขาอ่อนแรงอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง

๖.๕.๓ ในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดทำนอนให้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย

๖.๕.๔ ดูแลให้ประคับประคองแขน - ขา ข้างที่อ่อนแรงทุกครั้งผู้ป่วยทำกิจกรรม

๖.๕.๕ ไม่ควรดึงแขน ขา ข้างที่อ่อนแรง เวลาเคลื่อนย้าย หรือจับ

๖.๕.๖ แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยง การนั่งห้อยขาหรือ งอเข่า เป็นเวลานาน ๆ

๖.๕.๗ กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่าง ๆ

- ๖.๕๘ จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้
๗. การช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
- ๗.๑ ประเมินความสามารถในการเข้าใจเรื่องที่สนทนา การตอบสนองต่อการสนทนา และการปฏิบัติตามข้อชี้แนะว่าถูกต้องเหมาะสม เสริมสร้างความเข้าใจและให้เวลา เพื่อผู้ป่วยและญาติรู้สึกมั่นใจและไว้วางใจ
- ๗.๒ สอนให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจเข้า - ออก ลึกและช้า
- ๗.๓ แนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนที่เพียงพอ
- ๗.๔ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่
- ๗.๕ กระตุ้นครอบครัวให้ความรัก ความเข้าใจ ดูแล ด้านจิตใจ อารมณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก
๘. การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง
๘. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อมีในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อมีในระบบทางเดินปัสสาวะข้อติดยึด อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม แผลกดทับควรมีการเฝ้าระวังและประเมินตามมาตรฐานทางการพยาบาล
๑๐. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
- ๑๐.๑ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง
- ๑๐.๒ อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
- ๑๐.๓ อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น
- ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน
 - แขน ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น
 - มีความผิดปกติของสายตา มากขึ้น
 - ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น
 - พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น
- ๑๐.๔ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด
- ๑๐.๕ เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้เวลาในการซักถามและทำความเข้าใจ
๑๑. กิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
- ๑๑.๑ ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค พร้อมแจกเอกสารความรู้ของโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น
- ๑๑.๒ ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และกระบวนการส่งต่อ ที่ให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในชุมชนตามภูมิสำเนาของผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง
๑๒. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร

๑๒.๑ ประเมินความสามารถการสื่อสารของผู้ป่วย เช่น พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้

- ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” เช่น คุณรู้สึกร้อนใช่ไหม ถามคำถามตรงกันข้าม เช่น คุณรู้สึกหนาวใช่ไหม เป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน

- ถามคำถามที่สั้นและง่ายและแสดงลักษณะท่าทางประกอบ

- ผู้ประเมินหรือสหสาขาควรยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรือ อยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถเห็นได้

- ประเมินการเขียนตามคำพูดโดยให้ผู้ป่วยลองเขียนบนกระดาษ

- ประเมินความเข้าใจจากภาพ โดยให้ผู้ป่วยสื่อความหมายจากภาพที่มองเห็น

๑๒.๒ ส่งปรึกษานักแก้ไขการพูด (ถ้ามี) เพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการสื่อสารและวางแผนการฟื้นฟูสภาพ

๑๒.๓ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ พูดลำบาก พูดไม่ชัด (aphasia หรือ dysarthria) ให้ปฏิบัติดังนี้

- ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรก หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

- บรรยากาศในการสื่อสารควรจะสงบเงียบ

- ผู้สหสาขาควรมีท่าที่สงบ ผ่อนคลายและเป็นกันเอง

- ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหาคำที่จะพูดหรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง

- ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร

- ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย

- ผู้สหสาขาไม่ควรพูดตะโกนหรือเสียงดัง ควรใช้เสียงพูดที่เป็นปกตินุ่มนวลอ่อนโยน เพราะผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียการได้ยิน

- สันทนาแต่ละครั้งควรใช้ผู้สหสาขาเพียงคนเดียว เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการตอบสนองกับผู้พูดหลายคนหรือคำพูดที่หลากหลาย

- ขณะสื่อสารผู้สหสาขาควรสบตาและพูดกับผู้ป่วยโดยตรง

- ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ในการสื่อสารหรืออธิบายความหมาย

- ก่อนสนทนา หรือสื่อสารควรให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

- การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเกินไป

- เตรียมอุปกรณ์ รูปภาพต่าง ๆ ไว้ในขณะที่สื่อสารเพราะถ้าผู้ป่วยมีความลำบากที่จะพูดอาจใช้การชี้ที่รูปภาพแทน

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดซ้ำๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้น ๆ ชัดถ้อยชัดคำ

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาหรือสื่อสาร และสามารถตอบคำถามเบื้องต้นด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่”

- ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติบ่อย ๆ โดยเฉพาะการใช้ภาษาที่พยาบาลไม่คุ้นเคย

๑๒.๔ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร (aphasia) ควรปฏิบัติดังนี้

- พยาบาลหรือผู้ที่ต้องการจะสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วย มองเห็นริมฝีปาก และการแสดงท่าทางของผู้ที่จะสื่อสารชัดเจน
- ในการสื่อสารใช้ท่าทางหรือการแสดงออกทางสีหน้าประกอบการพูด
- ใช้เสียงพูดที่เป็นปกติ พูดช้า ๆ ชัดถ้อย ชัดคำและเป็นภาษาที่ใช้ประจำ
- ไม่ควรถามคำถามหลายอย่างในเวลาเดียวกัน
- หลีกเลี่ยงการสนทนาที่เป็นเรื่องการออกความคิดเห็นโต้แย้ง หรือใช้อารมณ์

๑๓. กิจกรรมการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

๑๓.๑ ดูแลเรื่อง การขับถ่ายปัสสาวะ ดังนี้

- กระตุ้นให้มีการขับถ่ายปัสสาวะ โดยใช้หมอนอน ทุก ๒ ชั่วโมง และค่อยๆขยายเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะออกไป ในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ รายงานแพทย์
- กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่น ๆ อย่างน้อยวันละ ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ ซีซี (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) แต่ไม่ควรดื่มปริมาณมากกว่าก่อนนอน อาจจะทำให้ปัสสาวะช่วงนอนหลับ ทำให้รบกวนแบบแผนการนอน
- ประเมินความสมดุล โดยบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย
- หลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือใช้วิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว

- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่คาสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง

๑๓.๒ ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระดังนี้

- กระตุ้นให้ขับถ่ายอุจจาระ โดยให้หมอนอนหลังอาหารเช้า ๓๐ นาทีทุกวัน หรือ แล้วแต่กิจวัตรของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำได้ ให้พาเข้าห้องน้ำ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอุ่น ๆ อย่างน้อยวันละ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ ซีซี (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) และอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยในการขับถ่าย
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง
- ในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระเกิน ๓ วัน ให้ยาระบายอ่อนๆ ตามแผนการรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

๑. การดูแลทางด้านจิตใจ

- ๑.๑ ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์
- ๑.๒ อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค และการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา
- ๑.๓ ให้ความมั่นใจและกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติว่าจะได้รับการดูแลตามปัญหาสุขภาพผู้ป่วย
- ๑.๔ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การหายใจ การไอ อย่างมีประสิทธิภาพ , การประเมินระดับความปวดเป็นต้น

๒. การเตรียมด้านร่างกาย

- ๒.๑ ตรวจสอบ (ชื่อ สกุล อายุ HN AN หอผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้) ให้ถูกต้อง ผูกป้ายข้อมือ
- ๒.๒ ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง (กรณีที่สามารถทำได้) และลงบันทึก
- ๒.๓ ดูแลถอดฟันปลอม คอนแทคเลนส์ และเครื่องประดับ
- ๒.๔ ดูแลความสะอาดของร่างกายและบริเวณที่จะทำการผ่าตัด กรณีที่ต้องกำจัดขนควรใช้ electric clipper

๒.๕ บันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทต่อเนื่อง

๒.๖ ตอาอาหารและน้ำอย่างน้อย ๖ ชั่วโมง หรือก่อนผ่าตัด ยกเว้นกรณีเร่งด่วน

๒.๗ ให้อาและสารน้ำก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา

๒.๘ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวให้ปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด หรือสวนคาสายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษา

๒.๙ ห้ามสวนอุจจาระ (เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง)

๓. การเตรียมด้านอุปกรณ์และเอกสาร

๓.๑ ตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยโดยเฉพาะใบยินยอมให้ทำการรักษา/ผ่าตัดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบ

๓.๒ เตรียมฟิล์มพร้อมผลตรวจ X-ray CT brain และ MRI brain (ถ้ามี) ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

๓.๓ เตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา

๓.๔ เตรียมยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา

๔. การประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี

กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัด

Post-operative (day ๐,๑,๒,๓...)

กิจกรรมการพยาบาล : พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม/ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

กิจกรรมพยาบาลหลังผ่าตัดวันที่ ๐

๑. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

๑.๑ จัดท่านอนให้ศีรษะสูง ๓๐ องศา ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า ๙๐ องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก

๑.๒ ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง และทุก ๑ ชั่วโมงตามสภาพอาการของผู้ป่วย จนกระทั่งเข้าสู่ ภาวะปกติ หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์

๑.๓ กรณีมีไข้ ควรให้ยาลดไข้ หรือเช็ดตัว หรือใช้ cooling blanket๒๔

๑.๔ สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning sign of increased intracranial pressure) และรายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการดังนี้

๑.๔.๑ ระดับความรู้สึกตัวลดลง (LOC) เช่นสับสน กระสับกระส่าย

๑.๔.๒ GCS ลดลงมากกว่าเท่ากับ ๒

๑.๔.๓ ปวดศีรษะเพิ่มมากขึ้น

๑.๔.๔ ความบกพร่องทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่

๑.๔.๕ ค่า ICP monitor มากกว่า หรือเท่ากับ ๒๐ mmHg

๑.๔.๖ ไม่ฟื้นจากยาสลบภายใน ๑ ชั่วโมง (ในกรณีไม่ได้รับยา Sedation)

๑.๕ ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความดันสูงในช่องท้องและช่องอก เพราะทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจได้น้อยลง โดยใช้วิธีการดังนี้

๑.๕.๑ หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรง ๆ

๑.๕.๒ หลีกเลี่ยงการใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีแรงดันบวก (PEEP : positive end expiratory pressure) ถ้าเลี่ยงไม่ได้แพทย์พิจารณาปรับให้แรงดันบวกอยู่ระหว่าง ๕ - ๑๐ cm H₂O

๑.๕.๓ กรณีท้องผูก ห้ามเบ่งถ่าย สวนอุจจาระ (ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระ ๓ วัน ให้รายงานแพทย์)

๑.๖ ประเมินความปวด (Pain Scale) ตามสภาพอาการผู้ป่วย พร้อมบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสุขสบาย

๑.๗ ดูแลแผลผ่าตัด และท่อระบายให้ไหลสะดวก ไม่ติ่งรั้ง พร้อมทั้งลงบันทึก ลักษณะ สี จำนวน

๑.๘ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดสมองบวมและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาสังเกตอาการข้างเคียง ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที ลงบันทึกอาการอย่างต่อเนื่อง

๑.๙ บันทึกจำนวนน้ำเข้าออก ทุก ๘ ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา

๑.๑๐ จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ ลดสิ่งกระตุ้นโดยเฉพาะกิจกรรมที่ทำให้เกิดความตึงเครียดในกะโหลกศีรษะสูงวางแผนการทำกิจกรรมพยาบาลเป็นช่วง ๆ ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

๒. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ

๒.๑ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (Sp O₂) > ๙๔% ทุก ๑ - ๒ ชั่วโมง ตามสภาพอาการผู้ป่วย

๒.๒ สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก และฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้างหายใจหอบเหนื่อยมากกว่า ๒๔ ครั้งต่อนาที กระสับกระส่าย เหงื่อออก ริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ รายงานแพทย์

๒.๓ สอนและช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ

๒.๔ ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ ดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการดูดเสมหะและปฏิบัติตามแนวทางการดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอ

๒.๕ กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

๒.๖ กรณีผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ

๒.๗ ดูแลเฝ้าระวังการสูดสำลัก อาหารและน้ำ

๒.๘ ติดตามผลการตรวจ Arterial blood gas และรายงานแพทย์ (ถ้ามี)

๓. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะช็อคจาก Hypovolemic shock

๓.๑ ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้งและทุก ๑ ชั่วโมง จนกว่าอาการผู้ป่วยจะคงที่

๓.๒ ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย

๓.๓ รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบมีอาการดังต่อไปนี้

- ความดันโลหิตน้อยกว่า ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจรมากกว่า ๑๐๐ ครั้งต่อนาทีผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออกตัวเย็น

- ถ้าเลือดที่ออกจากท่อระบาย ออกมากไหลเร็ว หรือเท่ากับ ๒๐๐ ซี.ซี.ต่อชั่วโมง หรือแผลผ่าตัดมีเลือดซึมมาก

- ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ๓๐%

๓.๔ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือดและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง

๓.๕ บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจาก ร่างกาย ทุก ๘ ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

๓.๖ ส่งและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น CBC, Coagulogram

๔. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันอันตรายเมื่อเกิดการชัก เกร็ง กระตุก

๔.๑ เตรียมอุปกรณ์สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ Oropharyngeal airway เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์การให้ออกซิเจน อุปกรณ์การใส่ท่อหลอดลมคอ ให้พร้อมใช้งาน

๔.๒ กรณีที่ผู้ป่วยชัก จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด ดูแลทางเดินหายใจ ให้โล่งได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ระดับความรู้สึกตัว รายงานแพทย์

๔.๓ ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทหลังชักทุก ๑๕ นาที - ๑ ชั่วโมง ตามสภาพอาการผู้ป่วย

๔.๔ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ชักตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา

๔.๕ ส่งและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ Dilantin / Depakin level / electrolyte, Ca, Mg, Po๔

๔.๖ ภายหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ยกที่ก้นเตียงขึ้นทั้ง ๒ ข้าง เพื่อป้องกันการตกเตียง

๔.๗ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ปราศจากสิ่งกระตุ้นและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

๕. กิจกรรมการพยาบาลในการบรรเทาความปวด

๕.๑ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย ไขหัวเตียงสูง ๓๐ องศา เพื่อลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ และดูแลไม่ให้นอนทับแผลผ่าตัดหรือเกิดการดึงรั้งสายท่อระบาย

๕.๒ ประเมินความปวดแผลผ่าตัด โดยใช้ Pain scale และทุกครั้งหลังให้ยาแก้ปวด ตามการออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิด

๕.๓ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

๕.๔ ดูแลสิ่งแวดล้อม จัดเวลาเยี่ยมให้เหมาะสมกับเวลาพักผ่อนและความต้องการของผู้ป่วย

๖. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของน้ำ และเกลือแร่

๖.๑ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา

๖.๒ ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโบทเดสซีมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืดคลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการที่บ่งบอกถึงภาวะโบทเดสซีมสูง ได้แก่ ซึม สับสน ซา ตะคริว ชีพจรเร็ว รายงานแพทย์

๖.๓ ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็ง อาการชัก ไม้รู้สึกตัว หรืออาการที่บ่งบอกถึงภาวะโซเดียมสูง ได้แก่ สับสน บวม ปัสสาวะออกน้อย ปากแห้ง รายงานแพทย์

๖.๔ ส่งและติดตามผลการตรวจ electrolyte ตามแผนการรักษา

๖.๕ บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก ๘ ชั่วโมงตามแผนการรักษา

๗. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด

๗.๑ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล

๗.๒ วัดและบันทึกอุณหภูมิในร่างกายทุก ๔ ชั่วโมง

๗.๓ สังเกตและบันทึกลักษณะ ปริมาณ สี กลิ่นของสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัดและน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง

๗.๔ ดูแลให้แผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลแห้งสะอาดอยู่เสมอ แต่ถ้าพบแผลมีสิ่งคัดหลั่งซึมมากให้รายงานแพทย์เพื่อเปลี่ยนและทำแผลใหม่โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

๗.๕ ดูแลให้ระบบการไหลของท่อระบายต่าง ๆ เป็นระบบปิด และไม่ให้มีการ หัก พับ งอ

๗.๖ สังเกตอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ ได้แก่ ปวด บวมแดง ร้อนมีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ เช่น หนอง น้ำเหลืองเหลืองหนองและไขสันหลัง

๗.๗ ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง

๗.๘ ติดตามการรายงานผลการส่งเพาะเชื้อสิ่งคัดหลั่งจากแผล น้ำเหลืองเหลืองหนองและไขสันหลัง ตามแผนการรักษา

๘. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน

๘.๑ ประเมินภาวะที่บ่งบอกภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน ได้แก่ deep vein thrombosis (DVT) มีอาการเจ็บบวมร้อนบริเวณน่อง (Iliofemoral thrombosis) แบบกระจายทั่วทั้งขาข้างที่เป็น บวมกดปุ่ม (Pitting edema) บวมเหนือเข่ากระจายไปทั้งขาสีผิวเปลี่ยนเป็นเขียวคล้ำ

๘.๒ หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำบริเวณขา

๘.๓ กระตุ้นการเคลื่อนไหวผู้ป่วย โดยการพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมงหรือทำ Passive exercise

๙. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๙.๑ ประเมินและบันทึกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden scale และปฏิบัติตามแนวทางที่ประเมินได้

๙.๒ ดูแลความสะอาดร่างกาย ไม่ให้มีการอับชื้น

๙.๓ กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่รู้สีกตัว พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง อย่างนุ่มนวล สังเกตรอยแดงตามปุ่มกระดูก

๙.๔ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหาร อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา

๙.๕ ใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

๑๐. กิจกรรมการพยาบาลในการสอนและทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

๑๐.๑ แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ดึงสายระบายต่างๆ ด้วยตนเอง ในรายที่รู้สึกตัว

๑๐.๒ สอนทักษะการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐.๓ สอนการจัดท่านอนและพลิกตะแคงตัว แก่ผู้ป่วยและญาติ

๑๐.๔ สอนการประเมินความปวดด้วยตนเอง

๑๐.๕ สอนญาติและแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

๑๑. กิจกรรมการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย

๑๑.๑ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ

๑๑.๒ พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและแผนการดูแลของทีมสุขภาพ

๑๑.๓ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ พบแพทย์ ชักถามข้อสงสัย สร้างความมั่นใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาล

๑๑.๔ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างเหมาะสม

๑๑.๕ แนะนำแหล่งประโยชน์ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

หมายเหตุ กิจกรรมการพยาบาลหลัง ผ่าตัดวันที่ ๑ - ๓ จะเหมือนกิจกรรมในวันแรก แต่ระยะเวลาการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่สภาวะปกตินั้นจะห่างกว่าหลังผ่าตัดวันที่ ๐ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ที่สามารถนำมาปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพอย่างองค์รวม และส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันและฟื้นฟู และกลุ่มเสี่ยง

๒. มีความเข้าใจในการนำกระบวนการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและฟื้นฟู ตลอดจนสามารถวางแผนการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม

๓. มีทักษะเพิ่มขึ้นในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารและสืบค้นข้อมูลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาทสมองและไขสันหลังในระยะเฉียบพลันและฟื้นฟู

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติมาบูรณาการใช้ในหน่วยงาน และนำมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และร่วมกันพัฒนาการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทสมองและไขสันหลังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหา / อุปสรรค

เนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (Covid – ๑๙) ส่งผลให้ทางสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กำหนดให้ผู้ที่ป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid – ๑๙) ต้องงดการฝึกอบรมไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการเข้าอบรม และจะต้องจัดสรรเวลามาเรียนรู้และศึกษาใน Ward เพื่อทดแทนในส่วนที่ขาดความต่อเนื่อง เป็นต้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ มีเนื้อหาครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆระยะ สามารถนำความรู้ที่ได้มาพัฒนา สร้างนวัตกรรมทางด้านการพยาบาลที่ตอบสนอง ประกอบกับเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้ ประสบการณ์ทั้งจากภายในและภายนอกหน่วยงาน สามารถเผยแพร่ให้แก่บุคลากรในการพัฒนาหน่วยงานได้

ลงชื่อ *ปิยะนันท์ ชันแข็ง* (ผู้รายงาน)

(นางสาวปิยะนันท์ ชันแข็ง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้ มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ *อินทบุรินทร์*

(นายขจร อินทบุรินทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

