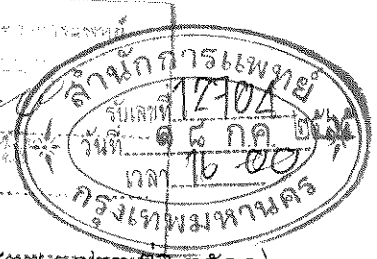




บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ โรงพยาบาลตากสิน (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน) โทร. ๐๖๐๖/๗๐๕๗-๐๖๒๓๓ ๗๕๑๑๑

ที่ กท ๐๖๐๖/ ๗๐๕๗ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ๕๗๖

เรื่อง ขอส่งเอกสารเพื่อแจ้งจบการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางฯ วิทยากรสาธารณสุข ภาคนศร

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

ตามหนังสือสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร ที่ กท ๐๔๐๑/๑๖ ลงวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๕ เรื่อง การฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รุ่นที่ ๑๐ วิทยากรสาธารณสุข ภาคนศร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน เข้ารับการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางฯ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ ณ ห้องเรียนพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล อาคารรัชมงคล ชั้น ๓ สถาบันประสาทวิทยา รวมระยะเวลา ๑๑๖ วัน และขอเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมตลอดหลักสูตร เป็นเงิน ๔๕,๐๐๐.-บาท (สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน) โดยเบิกจากงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ของสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร แผนงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผลผลิตพัฒนาบุคลากร งบรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุม และดูงานในประเทศและต่างประเทศ เป็นเงิน ๔๐,๐๐๐.-บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) และจากเงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาลตากสิน เป็นเงิน ๕,๐๐๐.-บาท (ห้าพันบาทถ้วน) และขอเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนการสอน ภาคทฤษฎีผ่านทางระบบออนไลน์ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๕ ตามหนังสือสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร ที่ กท ๐๔๐๑/๑๖ ลงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๕ นั้น

บัดนี้ ข้าราชการรายดังกล่าว ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรม และรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ ตั้งแต่วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งเอกสารแจ้งจบการฝึกอบรม ดังนี้

๑. สรุปรายงานการฝึกอบรม และแบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ
๒. ประกาศนียบัตร/หนังสือรับรองคุณวุฒิ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายจร อินทรนุหันธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน



รายงานการฝึกอบรม

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
 กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

(นางรัตนา มุลนางเดี่ยว)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ฝ่ายพัฒนากิจการ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน
สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๑๕ ก.ค. ๒๕๖๕

รองอธิบดีกรมส่งเสริมการสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

สรุปรายงานการฝึกอบรม

เรื่อง การฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ณ สถาบันประสาทวิทยา

ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕

จัดทำโดย

นางสาววิไลวรรณ ภาমনตรี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์
กรุงเทพมหานคร

รายงานการฝึกอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕
ณ สถาบันประสาทวิทยา

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล นางสาว วิไลวรรณ ภามนตรี
อายุ ๒๖ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในหอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม ในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในระยะวิกฤต หลังระยะวิกฤต การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน อีกทั้งการตรวจคัดกรอง ตรวจร่างกาย และให้คำปรึกษาในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนเก็บข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ป่วย

ชื่อเรื่อง หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(Program of Nursing Specialty in Nursing for patients with stroke)

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน สัมมนา
 ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ โดยเบิกค่าลงทะเบียน

๑. จากเงินนอกงบประมาณประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาลตากสิน ซึ่งได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ...๒๕๖๕...เป็นเงินทั้งสิ้น๕,๐๐๐.... บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

๒. จากเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักปลัด

กรุงเทพมหานคร แผนงาน ส่งเสริมระบบบริหาร งานพัฒนาบุคลากรและองค์การ หมวดรายจ่ายอื่น ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุมและดูงานในประเทศและต่างประเทศ โดยเบิกค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตร รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

วัน เดือน ปี ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม - ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

สถานที่ ณ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(Certificate of Nursing Specialty in Nursing for patients with stroke)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการพยาบาลทางด้านความรู้ ทักษะ ในการให้การพยาบาลและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยให้ได้ประสิทธิผลสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการอบรมที่ประกอบไปด้วยเนื้อหาใน ส่วน นโยบายสุขภาพและการพยาบาล การประเมินสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู และการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดเนื้อหาโดยย่อ ดังนี้

นโยบายสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

Stroke Services Plan มีเป้าหมายหลัก คือ

- ลดอัตราการตาย
- เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ
- ลดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ
- ลดการพิการ
- การใช้ทรัพยากรร่วมกัน

โดยกำหนดตัวชี้วัดหลัก คือ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) (เป้าหมาย < ๗) ตัวชี้วัดรอง

- ๑) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (1๖๐-1๖๒) (เป้าหมาย < ๒๕)
- ๒) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (1๖๓) (เป้าหมาย < ๕)
- ๓) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (1๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย ≥ ๖๐)
- ๔) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย ≥ ๖๐)
- ๕) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (๒๐-๒๒) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย ≥ ๖๐)

โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมาย

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง (neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงคงอยู่นานกว่า ๒๔ ชั่วโมง และมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง (vascular origin) เท่านั้น

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกได้เป็นชนิดต่าง ๆ ดังนี้คือ

๑. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ ๘๐ ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่

๑.๑ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

๑.๒ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (embolic stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

๒. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมองพบได้ประมาณร้อยละ ๒๐ ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สามารถแบ่งได้อีก ๒ ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

๒.๑ เกิดจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) จากผนังเส้นเลือดเสื่อมสภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนาน ๆ หรือควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี

๒.๒ จากเลือดออกในเนื้อสมองจากการที่เส้นเลือดมีสารอมัลลอยด์สะสม (amyloid angiopathy) และทำให้เส้นเลือดแตก มักมีอาการสมองเสื่อมร่วมด้วย มักพบในผู้สูงอายุแต่พบได้ไม่บ่อยนัก

๒.๓ การแตกของเส้นเลือดโป่งพอง (ruptured aneurysm) ในช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง (subarachnoid hemorrhage) ผู้ป่วยมักมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

๒.๔ เส้นเลือดดำและแดงต่อกันผิดปกติ (arteriovenous malformation) ทำให้มีเลือดออกทั้งในเนื้อสมอง และในช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง (subarachnoid hemorrhage) มักพบในผู้ที่ยุ่่น้อย ไม่ทราบสาเหตุ

สาเหตุของสมองขาดเลือด

๑. โรคของผนังหลอดเลือด

๑.๑ โรคของผนังหลอดเลือดที่อาจเกิดจากความเสื่อมของผนังหลอดเลือด เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูงอายุ เป็นต้น

๑.๒ โรคของผนังหลอดเลือดที่เกิดจากการอักเสบ

๑.๓ หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด

๑.๔ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกกดทับโดยกระดูก

๑.๕ ผนังหลอดเลือดสมองถูกเข่า (dissection)

๑.๖ หลอดเลือดสมองหดเกร็ง

๒. โรคทางโลหิตวิทยา ได้แก่ โรคที่เกี่ยวข้องกับเซลล์เม็ดเลือด เช่น polycythemia โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด

๓. โรคที่เกิดจากลิ้มเลือดส่วนอื่นๆของร่างกาย เช่น โรคหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ/หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจชนิดรูมาติก (rheumatic heart disease) ที่มีลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ (mitral valve stenosis) โรคลิ้มเลือดบริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติด/หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ลำคอ (plague at carotid artery) ก้อนไขมันขนาดเล็กหลุดเข้าหลอดเลือดแดงจากภาวะกระดูกหัก ลิ้มเลือดในหลอดเลือดดำที่ขา หลุดลอยไปยังหัวใจห้องบนด้านขวาแล้วผ่านช่องระหว่างหัวใจห้องบนเข้าไปสู่หัวใจห้องบนด้านซ้ายแล้วลอยต่อไปอุดหลอดเลือดแดงในสมอง (paradoxical embolism)

๔. โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นจากกรรมพันธุ์

๕. โรคหลอดเลือดที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกกด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใดโดยเฉพาะที่มีอาการเพียงข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อนและเวียนศีรษะบ้านหมุน

แนวทางการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาท ที่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจค่อยเป็นค่อยไป ภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน (progressive stroke) บางครั้งอาจมีลักษณะเป็นขั้นบันได คือ อาการเลวลง สลับกับดีขึ้น

๑. การวินิจฉัยโรคโดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย

๑.๑ การซักประวัติ ควรถามถึงอาการแสดงที่เริ่มเป็น อาการปวดศีรษะและตำแหน่งที่ปวด อาการร่วม โรคที่เป็นอยู่ก่อนจะเกิด ประวัติอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (TIA) ประวัติการ สูบบุหรี่ กินยาคุมกำเนิด ระดับโคเรสเตอรอลสูง กินยาด้านการแข็งตัวของเลือด

๑.๒ การตรวจร่างกาย ต้องมีการประเมินสัญญาณชีพ ระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนของเลือด การตรวจทางระบบประสาทวิทยา ด้วยแบบประเมิน NIHSS และตรวจระดับการรู้สติ และระดับ Glasgow coma scale ตรวจการเคลื่อนไหวของแขนขาและระดับความรู้สึก ความผิดปกติของการพูด หรือ การมองเห็นภาพและตรวจหน้าที่ของเส้นประสาทสมองร่วมด้วย

๒. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาและทางห้องปฏิบัติการ

๒.๑ การตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมองจะสามารถแยกภาวะสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมองได้อย่างชัดเจน

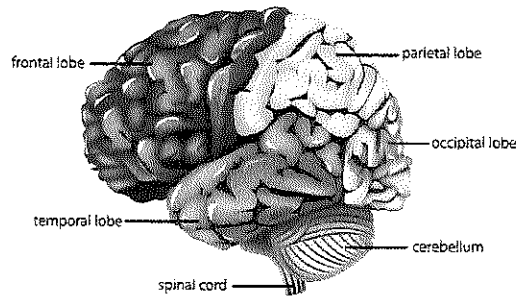
๒.๒ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีความสำคัญเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคหัวใจโดยเฉพาะ atrial fibrillation เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันยังหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นยังอาจพบโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๓ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจที่สำคัญที่ควรทำในระยะแรกคือการตรวจเม็ดเลือด (complete blood count) ระดับน้ำตาลในเลือด เกลือแร่ในเลือด (serum electrolytes), partial thromboplastin time (PTT) การทำงานของไต และ arterial blood gas ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดออกซิเจน ทั้งนี้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วหรือจากหลอดเลือดดำมีความจำเป็นมากเพื่อแยกภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในทางตรงกันข้ามถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป อาจทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลงจึงควรรีบให้การรักษา สำหรับ PT, PTT จะช่วยบอกถึงการแข็งตัวของเลือดมีความจำเป็นต้องตรวจในผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

๒.๔ การใช้คลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging/ MRI) ซึ่งมีข้อดีที่สามารถเห็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมองได้ชัดเจนและยังอาจตรวจหลอดเลือดขนาดใหญ่ในสมองได้พร้อมกัน โดยอาจไม่ต้องฉีดสารเพิ่มความแตกต่างของภาพ (contrast agent)

กายวิภาคและสรีรวิทยา

สมอง (brain) แบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังนี้



รูปที่ ๑ รูปแสดงกายวิภาคของสมอง

ที่มา: <https://sites.google.com/a/bcnonn.ac.th/anatomy-song/brain> สืบค้นวันที่ ๑๐/๐๕/๒๕๖๕

๑. สมองส่วนหน้า (forebrain) มีขนาดใหญ่ที่สุด มีรอยหยักเป็นจำนวนมากแบ่งได้ ดังนี้

- ออลแฟกทอรีบัลล์ (olfactory bulb) อยู่ด้านหน้าสุด ทำหน้าที่ดมกลิ่น
- ซีรีบริรัม (cerebrum) มีขนาดใหญ่ที่สุด มีรอยหยักเป็นจำนวนมาก ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ ความสามารถต่าง ๆ เป็นศูนย์การทำงานของกล้ามเนื้อ การพูด การมองเห็น การดมกลิ่น การชิมรส

แบ่งเป็นสองซีก แต่ละซีกเรียกว่า cerebral hemisphere และแต่ละซีกจะแบ่งได้เป็น ๔ พู ดังนี้

๑. Frontal lobe ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว การออกเสียง ความคิด ความจำสติปัญญา
๒. Temporal lobe ทำหน้าที่ควบคุมการได้ยิน การดมกลิ่น
๓. Occipital lobe ทำหน้าที่ควบคุมการมองเห็น
๔. Parietal lobe ทำหน้าที่ควบคุมความรู้สึกด้านการสัมผัส การพูด การรับรส

๒. สมองส่วนกลาง (midbrain) เป็นสมองที่ต่อจากสมองส่วนหน้า เป็นสถานีรับส่งกระแสประสาทระหว่างสมองส่วนหน้ากับส่วนท้ายและส่วนหน้ากับนัยน์ตา ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลูกตาและม่านตา

๓. สมองส่วนท้าย (hindbrain) แบ่งเป็น

พอนส์ (pons) ทำหน้าที่ควบคุมการการเคี้ยวอาหาร การหลั่งน้ำลาย การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า การหายใจ การฟัง

เมดัลลา (medulla) เป็นศูนย์กลางการควบคุมการทำงานเหนืออำนาจจิตใจ เช่น ไอ จาม สะอึก หายใจ การเต้นของหัวใจ เป็นต้น

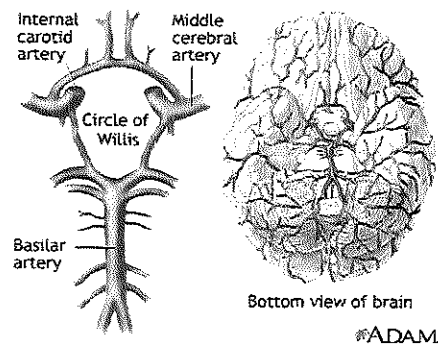
ซีรีเบลลัม (cerebellum) อยู่ใต้ซีรีบริรัม ควบคุมระบบกล้ามเนื้อให้สัมพันธ์กันและควบคุมการทรงตัวของร่างกายหลอดเลือด (blood vessel)

ระบบไหลเวียนเลือด

สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงทางหลอดเลือดแดงใหญ่ ๒ คู่ ที่แยกมาจากหลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกาย (aorta) ได้แก่

๑. หลอดเลือดแดงหลักของคอด้านใน (internal carotid artery) มี ๒ เส้น คอด้านขวาและคอด้านซ้ายที่ต่อออกมาจากหลอดเลือดแดงหลักที่คอ (common carotid artery) โดยแยกแขนงออกมาจากหลอดเลือดใหญ่ของร่างกาย

๒. หลอดเลือดแดงซึ่งเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง (vertebral artery) มี ๒ เส้น คือข้างขวาและข้างซ้าย โดยแยกแขนงมาจากหลอดเลือดใต้กระดูกไหปลาร้า (subclavian artery) และเข้าสู่สมองทางด้าน foramen magnum และหลอดเลือดแดงซึ่งเกี่ยวกับกระดูกสันหลังอยู่ติดกับหลอดเลือดแดงที่ฐาน (basilar artery) มีส่วนที่แยกแขนงไปทางด้านหลังเรียกว่า posterior cerebral artery ส่วนที่ไปเชื่อมกับหลอดเลือดแดงหลักของคอด้านใน (internal carotid artery) ด้านหลังเรียกว่า posterior communicating artery ส่วนที่แยกแขนงจากหลอดเลือดแดงภายในคอด้านหน้าเรียกว่า anterior communicating artery หลอดเลือดแดงที่เชื่อมโยงกันเป็นวงกลมนี้เรียกว่า circle of Willis



การตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้อง

๑. National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

เป็นการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือด มีทั้งหมด ๑๑ หัวข้อในการประเมิน คะแนนรวม ๔๒ คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์ระดับความรุนแรงได้ดังนี้

- ๐ = ไม่มีอาการ
- ๑-๔ = minor stroke
- ๕-๑๕ = moderate stroke
- ๑๖-๒๐ = moderate to severe stroke
- ๒๑-๔๒ = severe stroke

๒. ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขน ขา (Motor power) โดยทำการประเมินแขนขาทั้ง ๒ ข้าง มี ๖ ระดับ grade ๐-๕ ดังนี้

- Grade ๐ ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย
- Grade ๑ กระดิกนิ้วได้
- Grade ๒ เคลื่อนไหวได้ในแนวราบ
- Grade ๓ ยกแขน หรือขาได้ แต่ต้านแรงไม่ได้
- Grade ๔ ยกแขน หรือขาได้ แต่ต้านแรงได้เล็กน้อย
- Grade ๕ ยกแขน หรือขาได้ ต้านแรงได้ กำลังปกติ

๓. การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) คะแนนรวมสูงสุด ๑๕ คะแนน

๔. modified Rankin Scale

เป็นการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนตั้งแต่ ๐ ถึง ๖ โดย คะแนนสูงแปลว่ามีความพิการมาก จำแนกออกเป็น ๖ ระดับดังนี้

คะแนน ๐ = No symptoms at all

คะแนน ๑ = No significant disability despite symptoms: able to carry out all usual duties and activities

คะแนน ๒ = Slight disability: unable to carry out all previous activities but able to look after own affairs without assistance

คะแนน ๓ = Moderate disability: requiring some help, but able to walk without assistance

คะแนน ๔ = Moderately severe disability: unable to walk without assistance, and unable to attend to own bodily needs without assistance

คะแนน ๕ = Severe disability: bedridden, incontinent, and requiring constant nursing care and attention

คะแนน ๖ = Death

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

๑. ประเมินผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยประเมินสัญญาณชีพ ดูแลทางเดินหายใจ วัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ถ้ามีความผิดปกติควรรายงานแพทย์ทราบและรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน

๒. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) เป็นมาตรฐานของการรักษาในโรคสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ในกรณีที่การซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน ๔.๕ ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการ โดยยาที่ใช้คือ recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) โดยขนาดยาที่ให้คือ ๐.๙ มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม โดยให้ทางหลอดเลือดดำ แต่ขนาดของยาที่ให้ทั้งหมดต้องไม่เกิน ๙๐ มิลลิกรัม โดย ๑๐% ให้ฉีดทันทีทางหลอดเลือดดำภายใน ๑ นาที และ ๙๐% ที่เหลือให้ drip เข้าทางหลอดเลือดดำในเวลาไม่น้อยกว่า ๖๐ นาที โดยมีขั้นตอนในการดูแลรักษา ดังนี้

๒.๑ ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด, CBC, platelet count, PT, PTT, electrolyte, การตรวจภาพรังสีปอด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อวินิจฉัยโรคและแยกภาวะสมองขาดเลือดออกจากภาวะเลือดออกในสมอง

๒.๒ ซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทผู้ป่วยโดยละเอียดอีกครั้ง โดยเน้นถึงข้อบ่งชี้และข้อจำกัดในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

๒.๓ ประเมินความดันโลหิตและสัญญาณชีพ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะมีความเสี่ยงทำให้มีหลอดเลือดในสมองแตกได้และอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงความผิดปกติในสมอง คือความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นจากมีสมองบวมหรือเลือดออกในสมอง ควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า ๑๘๕/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท ทั้งก่อนการรักษาและภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังการรักษา ดังนั้นใน ๒ ชั่วโมงแรกหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดควรวัดความดันโลหิตทุก ๑๕ นาที หลังจากนั้น ๖ ชั่วโมงต่อมาควรวัดทุก ๓๐ นาที และต่อไปทุก ๑ ชั่วโมงจนกระทั่งครบ ๒๔ ชั่วโมง หรือจนกว่าอาการจะคงที่

๒.๔ ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท ในระหว่างให้ยา ทุก ๑๕ นาที เป็นเวลา ๒ ชั่วโมง และหลังจากนั้นควรมีการประเมินทุก ๓๐ นาที เป็นเวลา ๖ ชั่วโมง และประเมินทุก ๖๐ นาที จนครบ ๒๔ ชั่วโมง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัวและความผิดปกติทั่วไปที่เกิดขึ้นด้วย

๒.๕ ประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีเลือดออกในระบบต่าง ๆ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ในกล้ามเนื้อหรือตำแหน่งอื่น ๆ เป็นต้น

๒.๖ ประเมินอาการแพ้ยา โดยเฉพาะการบวมที่ปากและลิ้น หรืออาการแพ้อื่น ๆ

๓. การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) การให้แอสไพริน ควรให้เร็วที่สุดในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันภายในเวลา ๔๘ ชั่วโมง ในขนาด ๓๒๕ มิลลิกรัม/วัน หลังจากมีอาการและในกรณีที่มีผู้ป่วยได้รับยา rt-PA การให้ยา aspirin ควรให้หลังได้รับ rt-PA ไปแล้ว ๒๔ ชั่วโมง

๔. การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดโดยเฉพาะ heparin เป็นยาที่ใช้กันมานานในการรักษาโรคสมองขาดเลือด สำหรับจุดประสงค์ของการให้ยาในกลุ่มนี้เพื่อรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ในการป้องกันการเกิดโรคสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดหัวใจผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มนี้คือการเกิดเลือดออกในตำแหน่งต่าง ๆ โดยเฉพาะเลือดออกในสมอง

๕. การรักษาด้วย endovascular treatment เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาเฉียบพลัน หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหลังให้ยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำร่วมกับมีข้อบ่งชี้หรือมีอาการของสมองขาดเลือดภายใน ๖ ชั่วโมงร่วมกับพบภาวะหลอดเลือดสมองส่วนต้นตีบหรืออุดตัน (ICA /proximal MCA occlusion or severe stenosis) หากอยู่ที่มีขีดความสามารถเพียงพอในการทำ endovascular therapy หรือสามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ทำการรักษาได้ภายในเวลาที่กำหนด แนะนำให้ประเมินผู้ป่วยเพื่อทำ endovascular therapy ทันที

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะฟื้นฟู

โดยสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ คือ การฟื้นฟูระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (acute stage) และการฟื้นฟูระยะหลังหรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (late recovery) ดังนี้คือ

๑. การฟื้นฟูระยะแรก หรือระยะเฉียบพลัน (acute stage) การดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

๑.๑ การป้องกันข้อยึดติดโดยการทำให้ passive range of motion ในส่วนแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตโดยให้ผู้ดูแลช่วยขยับข้อต่อจนสุดพิสัยของข้อทุกข้อ ๓-๕ ครั้งในแต่ละทิศทางของการเคลื่อนไหว อย่างน้อยวันละ ๒ รอบ และให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ตีช่วยบริหารข้างที่เป็นอัมพาตด้วย

๑.๒ การจัดท่านอนให้ถูกต้องเหมาะสมและทำการพลิกตัวทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๑.๓ การป้องกันความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) โดยจัดให้ผู้ป่วยได้นั่งบ่อย ๆ ครั้งละ ๑๕-๓๐ นาที วันละ ๓-๔ รอบ นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยได้อีกด้วย

๒. การฟื้นฟูระยะหลัง หรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (late recovery) การฟื้นฟูในระยะหลังนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเอง ในด้านต่าง ๆ คือ การทรงตัว การเคลื่อนไหว และการเคลื่อนย้ายตัวเอง การกระตุ้นการควบคุมระบบสั่งการ และทักษะการสื่อสาร โดยการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนหรือใกล้เคียงปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ผู้ดูแลสามารถทำการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยตัวเองที่บ้านได้

การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย

วางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๑. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

- สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- กิจกรรมประจำวัน ประเมินโดยใช้ BI (Barthel index) และ/หรือ mRS (modified Rankin Scale)
- การรับประทานอาหาร และยา
- การสื่อสาร
- ความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษาและการดูแลตนเอง
- การรับรู้
- การขับถ่าย
- การเคลื่อนไหว
- ภาวะแทรกซ้อน
- เพศสัมพันธ์
- สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ
- กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง ประเมินผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

๒. ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค ความรู้ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง ดูแลผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด
- ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
- สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย
- ทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน
- แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม
- ปัญหาอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ภาระการดูแล เป็นต้น

๓. วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม เช่น D-M-E-T-H-O-D model เป็นต้น

๔. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล

๔.๑ ด้านผู้ป่วย

๔.๑.๑ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น

๔.๑.๒ ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยา การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

๔.๑.๓ ให้คำปรึกษาสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง

๔.๒ ด้านครอบครัวและผู้ดูแล

๔.๒.๑ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาอย่างทันที่

(หมายเลขโทรศัพท์หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ทั่วประเทศ)

๔.๒.๒ ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน เช่น การทำกายภาพบำบัด การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ การดูแลให้อาหารทางสายยาง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

๔.๒.๓ ให้ความรู้เรื่องอาหาร และการเตรียมอาหาร ตามแผนการรักษา

๔.๒.๔ ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การเก็บรักษาและอาการข้างเคียงของยา

๔.๒.๕ ให้ความรู้และประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ เครือข่ายชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในเรื่องต่าง ๆ และเพื่อการดูแลรักษาต่อเนืองตามกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

๔.๒.๖ ให้คำปรึกษานับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย

๕. การปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม เตรียมวัสดุและอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

๖. ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมในการดูแลต่อเนืองที่บ้านหรือตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน

๗. ประสานการดูแลต่อเนืองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๘. ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อการติดตามดูแลต่อเนืองที่บ้าน

๙. การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและเปิดโอกาสให้ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการส่งติดตามเยี่ยมทุกเคส และมีเกณฑ์ในการพิจารณาส่งเยี่ยมดังนี้

- $BI \leq ๗๕$ คะแนน และ/หรือ $mRS \geq ๓$

- อุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน เช่น ใส่สายให้อาหารทางจมูก คาสายสวนปัสสาวะ

Complication after stroke

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้ เป็น ๖ กลุ่ม

๑. Neurological ที่พบได้ recurrent/progressive stroke มีเลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวม ชัก ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องเฝ้าระวัง เพราะเมื่อเกิดขึ้นมีอันตรายแก่ชีวิต

๒. Thromboembolism ป้องกันการเกิด DVT และ PE มีการประเมิน well score เพื่อดูความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

๓. Immobility การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากร่างกายอ่อนแรงต้องระวังการเกิดพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ

๔. Psychological ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย อาจเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลได้

๕. Infection ที่พบบ่อยคือ โรคปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายต้องมีการประเมินกลืนก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

๖. Pain ความเจ็บปวดจากการที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจเกิดภาวะ subluxation ป้องกันได้โดยใช้ Shoulder Support และการทำกายภาพบำบัด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก

ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย ๒ กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) และผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตำแหน่งของก้อนเลือด ส่งผลต่อปัญหาทางระบบประสาทดังนี้

๑. Putaminal Hemorrhage หรือเรียกกันว่า Basal ganglion hemorrhage เป็นตำแหน่งที่พบมากที่สุดในการแตกหลอดเลือดสมองแต่ร้อยละ ๕๐ อาการแสดงทางระบบประสาทพบได้ตั้งแต่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว จนถึงมีอาการซึม สับสน จนถึงขั้นหมดสติ (Coma) ขึ้นกับปริมาณของก้อนเลือดที่เกิดขึ้นในเนื้อสมอง นอกจากนั้นจะพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการแขนขาอ่อนแรงด้านตรงข้ามที่มีก้อนเลือด (Hemiplegia) และมีปัญหาด้านการพูด (Aphasia)

๒. Thalamic Hemorrhage ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการชาบริเวณใบหน้าและร่างกายด้านตรงข้าม (Hemisensory loss) และอาจมีอาการแขนขาตรงข้ามไม่มีแรงเลยหรืออ่อนแรง (Hemiparesis)

๓. Cerebellar Hemorrhage ผู้ป่วยจะมีอาการเสียสมดุลการทรงตัว อาเจียน วิงเวียนศีรษะ (Dizziness) ตรวจร่างกายจะพบว่า มี nystagmus, truncal และ limb ataxia มี gaze palsy ช้างเดียวกันกับก้อนเลือด โดยไม่มีแขนขาอ่อนแรง

๔. Lobar Intracerebral Hemorrhage จะมีอาการตามตำแหน่งที่อยู่ของก้อนเลือด ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะมีอาการปวดศีรษะและชักได้บ่อยกว่า ICH ในกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากก้อนเลือดที่อยู่บริเวณผิวด้านบนของสมอง ทำให้กระตุ้นให้เกิดการชักได้มากกว่า

๕. Pontine Hemorrhage หรือ เลือดออกบริเวณก้านสมองเป็นตำแหน่งที่พบได้น้อยแต่รุนแรงที่สุด ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะมีอาการหมดสติ (Coma) ผู้ป่วยมักจะมีอาการแขนขาไม่มีแรงทั้งหมด รุนแรงตามขนาดเล็กน้อย ไม่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาในแนวราบทั้งสองข้างในผู้ป่วยที่มีขนาดของก้อนเลือดที่ใหญ่เกิน ๒ เซนติเมตร มักจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี และเสียชีวิตในเวลาไม่นาน

การดูแลรักษา

ในปี ค.ศ.๒๐๑๕ American Heart Association ได้กำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกดังนี้

๑. Emergency diagnosis and assessment
๒. Hemostasis and coagulopathy management (รวมถึง DVT prophylaxis)
๓. Blood pressure management
๔. General monitoring and nursing care
๕. Glucose management
๖. Seizures and anti – seizure drug use
๗. Management of medical complications
๘. Surgical treatment of ICH
๙. Prevention of recurrent ICH
๑๐. Rehabilitation and recovery

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ครอบคลุมการจัดการตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน จนถึง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลด้านจิตสังคมของทั้งผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยบางรายอาจมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และต้องการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อจัดการกับอาการไม่สุขสบายและให้การดูแลแบบองค์รวม ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นบทบาทพยาบาลในการจัดการปัญหาสุขภาพที่สำคัญหรือปัญหาวิกฤตที่

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติของ American Heart Association (AHA) ปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกแนวทางการดูแลและป้องกันภาวะต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมี ดังนี้

๑. การเฝ้าระวังและจัดการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดในสมองจะทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงก็จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นจนร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยได้ และเกิดการเคลื่อนของสมอง (Herniation) ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนโคม่า (Coma)

การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

๑. การจัดทำนอนศีรษะสูง ๓๐-๔๕ องศา จะทำให้มี Cerebral venous drainage ดีขึ้น
๒. การเพิ่มอัตราการหายใจเพื่อลดแรงดันย่อยของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO₂) ให้เหลือประมาณ ๓๐ มม.ปรอท ถ้าจะให้ต่ำกว่านั้นควรใส่เครื่องวัด ICP เพื่อทำ ICP monitoring จะทำให้ทราบค่า CPP ซึ่งควรอยู่ประมาณ ๗๐ มม.ปรอท เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Cerebral ischemia) และผู้ป่วยควรได้รับการเฝ้าระวังให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) เพียงพอ เช่นการวัด Jugular venous oxygen saturation
๓. การให้สารเพิ่มความเข้มข้นของเลือดและยาขับปัสสาวะ เช่น ๒๐% mannitol ทางหลอดเลือดดำ
๔. ถ้ามีภาวะน้ำในโพรงสมองคั่ง (Hydrocephalus) โดยเฉพาะจาก Intraventricular hemorrhage (IVH) แพทย์อาจพิจารณาทำ สายระบายน้ำในโพรงสมอง (Ventriculostomy) เพื่อระบายน้ำในโพรงสมอง (Cerebrospinal fluid : CSF) และยังสามารถต่อกับ Pressure Transducer เพื่อวัดค่า ICP ไปด้วยได้
๕. การรักษาสภาวะร่างกาย (Homeostasis) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการลดไข้ (Normothermia) รักษาปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normovolemia) และระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ (Euglycemia)
๖. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (๘๐-๑๘๐ mg%) ติดตามระดับ Oxygen saturation Keep O₂ Sat ≥ ๙๕% จัดการอุณหภูมิร่างกายเมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงมากกว่า ๓๗.๕ องศา โดยการให้ยาลดไข้ เช็ดตัวลดไข้ หรือใช้ Cooling blanket ตามความเหมาะสม
๗. ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score : GCS) ถ้าระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ คะแนน รีบรายงานให้แพทย์ทราบ
๘. ใส่ ICP monitoring ถ้ามี (Keep ICP ≤ ๒๐ mmHg) หากไม่มีให้สังเกต ICP signs และ keep MAP ≥ ๙๐ mmHg เพื่อรักษาระดับ cerebral blood flow ที่เหมาะสม
๙. ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ควรมีการ monitor end tidal CO₂ เพื่อควบคุมให้อยู่ในระหว่าง ๓๐-๓๕ mmHg หรือประเมินจาก arterial blood gas

การควบคุมความดันโลหิต

ภาวะความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก การรักษาและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจุบันการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้หลักเกณฑ์ตาม AHA guideline ๒๐๑๕ ดังนี้

๑. ถ้า SBP ≥ ๒๐๐ mmHg หรือ MAP ≤ ๑๕๐ mmHg ควรพิจารณาลดความดันโลหิตด้วยยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง

๒. ถ้า SBP \geq ๒๐๐ mmHg หรือ MAP \leq ๑๓๐ mmHg ร่วมกับมี IICP ควรพิจารณาทำ ICP monitoring และลดความดันโลหิตด้วยยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราวหรืออย่างต่อเนื่อง โดยให้ค่า CPP อยู่ระหว่าง ๖๐-๘๐ mmHg

๓. ถ้า SBP \geq ๑๘๐ mmHg MAP \leq ๑๓๐ mmHg โดยไม่มี IICP ควรพิจารณาลดความดันโลหิตด้วยยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราวหรืออย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

๑. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตติดตามแผนการรักษา เช่น Nicardipine Intravenous เพื่อควบคุมความดันโลหิต โดย keep SBP \leq ๑๔๐ mmHg และติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

๒. เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำจากความดันโลหิตสูง

๓. ประเมิน Intake/Output เพื่อควบคุมปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล ป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงจากภาวะที่ร่างกายขาดน้ำหรือน้ำเกิน

๔. ควบคุมและจัดการอาการปวด (Pain control) เนื่องจากอาการปวดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

๕. ติดตามและค้นหาสาเหตุร่วมอื่นที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง

๓. การเฝ้าระวังและจัดการภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดผิดปกติ

การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับประทานยาต้าน การแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug) โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเกิดหลอดเลือดสมองแตกสูงถึงร้อยละ ๒๐ และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นสองเท่า สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติมีดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่ขาดปัจจัยด้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรุนแรงมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำควรพิจารณาให้ปัจจัยด้านการแข็งตัวและเกร็ดเลือดทดแทนตามความเหมาะสม

๒. ผู้ป่วยที่มีระดับ INR สูงควรได้รับ Vitamin K ทางหลอดเลือดดำและติดตามระดับ INR อย่างใกล้ชิด สำหรับการให้ Prothrombin complex concentrate (PCC) สามารถทำให้ระดับ INR กลับคืนสู่ภาวะปกติได้เร็ว จึงควรพิจารณาให้ตามความเหมาะสม

๓. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลควรได้รับการใส่ Pneumatic compression ตั้งแต่แรกรับเพื่อป้องกันการเกิด DVT

๔. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับประทาน dabigatran , rivaroxaban หรือ apixaban ควรพิจารณาให้ปัจจัยด้านการแข็งตัวของเลือดตามความเหมาะสม

๕. ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับประทานยา Heparin อาจพิจารณาให้ Protamine sulfate ตามความเหมาะสม

๖. แพทย์อาจพิจารณาการให้เกล็ดเลือดทดแทนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแตกที่มีประวัติได้รับยาต้านเกล็ดเลือดตามความเหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ควรให้การดูแลเพิ่มเติมดังนี้

๖.๑. ติดตามระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score: GCS) ถ้าระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ คะแนน รีบรายงานให้แพทย์ทราบเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง อาจมีสาเหตุมาจากก้อนเลือดขยายขนาดใหญ่ขึ้น

๖.๒ ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมความดันโลหิต ให้ SBP \leq ๑๔๐ mmHg ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ

๖.๓. ติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด เกล็ดเลือด อย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดสมองแตก

๖.๔. ดูแลให้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด และติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับปัจจัยการแข็งตัวของเลือดที่อาจเกิดขึ้น เช่น Thromboembolism เป็นต้น

๖.๕. ติดตามและค้นหาสาเหตุร่วมอื่นที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ

๔. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

๑. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง หรือตามแนวการรักษาเพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๒. ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษาและติดตามอาการข้างเคียงจากการได้รับยา

๓. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ความดันโลหิตต่ำ การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมอง เช่น ซึม สับสน เป็นต้น

๔. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมอง เช่น ซึม สับสน เป็นต้น

๕. ค้นหาสาเหตุร่วมอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด เช่น ปริมาณอาหารที่ได้รับ เป็นต้น

๖. ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งรายงานแพทย์หากพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป

๕. การควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย การเกิดไข้ เป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยจะเกิดขึ้นใน ๗๒ ชั่วโมงแรกแต่ในผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิในร่างกายที่สูงขึ้นจะมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของการเผาผลาญพลังงานของสมอง การลดไข้จึงช่วยลดภาวะสมองบวมได้ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งแนะนำให้ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม

การพยาบาลเพื่อการควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย

๑. ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก ๔ ชั่วโมง

๒. ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย โดยหากอุณหภูมิร่างกายสูงมากกว่า ๓๗.๕ องศา ควรเช็ดตัวลดไข้หรือใช้ Cooling blank ทั้งนี้แพทย์อาจพิจารณาให้ยาลดไข้ตามความเหมาะสม

๓. ติดตามและค้นหาสาเหตุร่วมอื่นที่มีผลทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงมากกว่า ๓๗.๕ องศา

๖. การควบคุมอาการชักและการให้ยาด้านอาการชัก

- อาการชัก เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยเฉพาะในสัปดาห์แรกภายหลังจากเกิดการแตกของหลอดเลือด พบได้มากถึงร้อยละ ๑๖ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดอยู่หรือใกล้บริเวณ Cortical จะมีโอกาสเกิดการชักได้มากกว่าปกติ มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ยาด้านการชักเพื่อป้องกันการเกิดอาการชักพบว่าสามารถลดการเกิดการชักได้โดยเฉพาะในกลุ่ม Lobar ICH AHA guideline ๒๐๑๕ ระบุถึงแนวทางการควบคุมอาการชักและการให้ยาด้านการชักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของการชักควรได้รับยาด้านการชัก

๒. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตบกพร่องควรได้รับการเฝ้าระวังอาการชักด้วยการติด

Electroencephalography (EEG) ในระยะแรกและให้ยาด้านการชัก

๓. ไม่ควรให้ยาป้องกันการชัก ในผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการชัก

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการชัก

- เผื่อระวังอาการและอาการแสดงของอาการชัก เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการชักให้รายงานแพทย์ทันที
- เตรียมอุปกรณ์สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้แก่ ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
- จัดทำนอนตะแคงดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ
- ยกที่ก้นข้างเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยพลัดตกเตียง
- สังเกตอาการชัก ลักษณะการชัก ระยะเวลาความถี่ ระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งการตรวจวัด

อาการทางระบบประสาทสมองและบันทึกสัญญาณชีพ

- ดูแลและให้ยากันชัก และติดตามผลข้างเคียงของการให้ยา รวมทั้งการติดตามระดับยากันชัก

ในเลือดเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง

๑. จัดทำนอนศีรษะสูง ๓๐ องศา หรือ ตามแผนการรักษา

๒. การกำหนดตำแหน่งการวาง External Ventricular Drainage (EVD) ให้ถูกต้อง โดย

๒.๑ การกำหนดตำแหน่งศูนย์อ้างอิง "๐" หรือ Zero point ให้ตรงกับกึ่งกลางรูหูในท่านอนหงาย

๒.๒ การตั้งระดับความดันตามที่แพทย์กำหนดโดยวัดจากกึ่งกลางรูหูวัดระยะทางหน่วยเป็นเซนติเมตร

น้ำขึ้นไปในแนวตั้ง จนถึงจุดหยุดของสายระบายน้ำไขสันหลัง ถือเป็นความดันสูงสุดขณะนั้น และติดป้ายหัว

เตียงว่าเป็น Ventriculostomy

๓. สังเกตระดับน้ำไขสันหลังในสาย EVD มีการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจหรือไม่ ถ้าระดับน้ำไขสันหลังในสายหยุดนิ่ง ไม่เคลื่อนขึ้นลง ให้ตรวจสอบว่าสายระบายน้ำไขสันหลัง มีการหักพับงอหรือไม่ ตัว Clamp อยู่ในลักษณะปิดหรือไม่ หรือตามบริเวณข้อต่อต่าง ๆ สายระบายน้ำไขสันหลังมีเศษชิ้นเนื้อ ก้อนเลือดอุดตันหรือไม่ ถ้าพบว่า EVD อุดตัน รีบรายงานแพทย์ด่วน

๔. Clamp EVD เมื่อมีกิจกรรมที่ต้องกระทำต่อผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเปิด Camp เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ห้าม Clamp EVD นานเกิน ๓๐ นาที

๕. ตรวจสอบชุด EVD ให้เป็นระบบปิด

๖. ถ้าข้อต่อไม่สนิทแต่ไม่หลุดออกจากกันให้ทำความสะอาดบริเวณข้อต่อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วต่อข้อต่อให้แนบสนิทดังเดิม ถ้าหลุดจากกันเปลี่ยนชุดรองรับชุดใหม่

๗. Clamp สายระบายน้ำไขสันหลังทันทีที่มีการหลุดระหว่าง Ventricular catheter กับสายต่อระบายน้ำไขสันหลัง รีบรายงานแพทย์ทราบทันที ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย จนกระทั่งได้รับการต่อและเปลี่ยนชุด EVD ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อเรียบร้อยแล้ว

๘. กรณีที่ให้ยาปฏิชีวนะผ่านทางสายระบายน้ำไขสันหลัง ต้อง Clamp EVD นานประมาณ ๖๐ นาที

๙. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ความขุ่นใส และความเข้มข้นของน้ำไขสันหลังที่ออกมาทุก ๘ ชั่วโมง บันทึกปริมาณน้ำไขสันหลังที่ออกอย่างน้อยทุก ๘ ชั่วโมง ถ้าไม่มีการเพิ่มปริมาณน้ำไขสันหลังหรือมีการระบายน้ำไขสันหลังออกมากกว่า ๓๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ

๑๐. บันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก ๔ ชั่วโมง หรือตามสภาพผู้ป่วย รายงานแพทย์ทราบทันทีที่พบความผิดปกติ

๑๑. ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าการระบายน้ำไขสันหลังมากหรือน้อยเกินไป ถ้าพบอาการดังกล่าว รายงานแพทย์ทราบทันที

๑๑.๑ อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าการระบายน้ำไขสันหลัง มากเกินไป ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็นง่วงหลับ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ อาเจียน ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

๑๑.๒ อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่ามีการระบายน้ำไขสันหลัง น้อยเกินไป ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

๑๒. ประเมินสภาพแผลและบริเวณโดยรอบสาย ventricular catheter ถ้ามีรอยเปื่อยขึ้นที่ผ้าปิดแผล แสดงว่ามีน้ำไขสันหลังรั่วซึมออกมา เปลี่ยนผ้าปิดแผลที่หลุดด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ต้องรีบรายงานแพทย์

๑๓. ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการเก็บตัวอย่างน้ำไขสันหลังส่งตรวจ โดยทำความสะอาดบริเวณสายยางด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ก่อนดูตัวอย่างน้ำไขสันหลังส่งตรวจ

๑๔. ระบายน้ำไขสันหลังออก หรือเปลี่ยนถุงรองรับน้ำไขสันหลังใหม่ เมื่อมีปริมาณน้ำไขสันหลัง ๓ ถุง

๑๕. หลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลัง ต้องสังเกตสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิดทุก ๑ ชั่วโมงจนกระทั่งอาการปกติ

ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. สามารถบูรณาการองค์ความรู้จากแนวคิด ทฤษฎี ศาสตร์ทางการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะเฉียบพลันและฟื้นฟู ตลอดจนการวางแผนการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม

๒. สามารถประสานงาน ร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่อง

๓. สามารถประเมินภาวะสุขภาพอย่างองค์รวม และส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มเสี่ยง ระยะเฉียบพลัน และฟื้นฟู

๔. สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารและสืบค้นข้อมูลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะเฉียบพลันและฟื้นฟู

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติมาบูรณาการใช้ในหน่วยงาน และนำมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และร่วมกันพัฒนาการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหา / อุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- เนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (Covid - ๑๙) ในประเทศไทยและทั่วโลก ส่งผลให้ทางสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ต้องงดการฝึกอบรมไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการเข้าอบรม และกิจกรรมการเรียนการสอนบางอย่างต้องจำกัด เช่น การศึกษาดูงาน การทำหัตถการต่าง ๆ การจัดโครงการ เป็นต้น

๓.๒ การพัฒนา

- ในการเข้าฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีเนื้อหาครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระยะ สามารถนำความรู้ที่ได้มาพัฒนา/สร้างนวัตกรรมทางด้านการศึกษาพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำผลงานที่ได้มาเผยแพร่ภายในโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ภายในหน่วยงานควรมีการจัดส่งอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีองค์ความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น ควรมีการนำองค์ความรู้ที่ได้มาเผยแพร่ให้แก่บุคลากรนอกหน่วยงานอีกด้วย

ลงชื่อ*วิไลวรรณ*.....*ภามนตรี*..... ผู้รายงาน
(นางสาววิไลวรรณ ภามนตรี)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ*อินทรบุหรัณ*.....
(นายขจร อินทรบุหรัณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๑๑๖ ลงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๔
 ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล) นางสาว วิไลวรรณ นามสกุล ภามนตรี
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน การพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน
 กอง - สำนัก/สำนักงานเขต สำนักการแพทย์
 ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศระดับ หลักสูตรการฝึกอบรม
 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม - ๓ เมษายน ๒๕๖๕ ณ สถาบันประสาทวิทยา
 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 ผู้รายงาน
 (นางสาววิไลวรรณ ภามนตรี)
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ