แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/ ๓๔๖ ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ เบญญทิพย์ นามสกุล สุรินทร์อาภรณ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต สำนักการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๖ ถึง ๔ สิงหาคม ๒๕๖๖
จัดโดย สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๖๐,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ เบญญทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์ ผู้รายงาน
(นางสาวเบญญทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์)

SCAN ME

SCAN ME

รายงาน นางสาวเบญญทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ – นามสกุล นางสาวเบญญทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์
อายุ ๓๐ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ซักประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจกับแพทย์ที่ตรงระบบ หลังพบแพทย์ ทำเรื่องนอนโรงพยาบาล ห้องฉีดยาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
สาขา การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อ ☐ ศึกษา ☑ ฝึกอบรม ☐ ประชุม ☐ ดูงาน ☐ สัมมนา ☐ ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ ☑ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร ☑ เงินบำรุงโรงพยาบาล
☐ ทุนส่วนตัว
จำนวนเงิน ๖๐,๐๐๐ บาทระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๖ ถึง ๔ สิงหาคม ๒๕๖๖
สถานที่ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักการแพทย์และกรุงเทพมหานคร
☑ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการศึกษา นำความรู้ มาปรับปรุงคุณภาพการทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในโรงพยาบาลกลาง

๒.๒ เนื้อหา

โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือด อุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆขึ้น

ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ ดังนี้

๑. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า ๘๐% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดเกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่

- โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

- โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

๒. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือ ฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณ ๒๐% สามารถแบ่งได้อีก ๒ ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

- โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

- โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่

-อาการอ่อนแรงหรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยมากมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้าง หนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้ายเป็นต้น

-อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งเช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง

-มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด

-มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซหรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน

- การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน

อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเองหรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวรเรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณ ๑๕%

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้

๑. การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท

๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือดต่างๆ

๓. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้ โดยความรวดเร็วในการรักษาถือเป็นสิ่ง ที่สาคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทาให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จาเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา๔.๕ ชั่วโมงยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่

- ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ ซึ่งจะทาให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น ยิ่งได้รับเร็วประสิทธิภาพในการรักษาก็จะยิ่งดีขึ้น
- ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทาให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่ นิยมใช้ได้แก่ ยาแอสไพรินใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง และให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้าของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะยาว
- ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้าในระยะยาว

หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาการของผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นตามลาดับ และอาจกลับมาเป็นปกติได้ ภายใน ๖ เดือน แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมอง และในระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหวเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ คือ

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

๒. เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น ๒-๓ เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

๓.ไขมันในเลือดสูง ปกติ cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน ๒๐๐ mg% และระดับไขมันดี หรือ HDL ควรมากกว่า ๔๕mg% ส่วนไขมันไม่ดี หรือ LDL ควรน้อยกว่า ๑๐๐ mg% เนื่องจากไขมันในเลือดที่สูงจะไปเกาะหรืออุดตามหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง จะทำให้เกอดสมองขาดเลือดและเป็นอัมพาตได้ในที่สุด

๔. ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายโดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์

๕.โรคหัวใจ เช่นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคลิ้นหัวใจรั่ว ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่างๆของหัวใจอาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมองได้ ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันได้

๖. การดำเนินชีวิต ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารประเภททอดหรือไขมันมากมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

๗. บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนออกไซค์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๘. การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระ กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอ

๙. สารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน (amphetamines) และ เฮโรอีน สารเสพติดดังกล่าวเป็นสาเหตุของสมองขาดเลือด และเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิต ชีพจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

๑๐.การดำรงชีวิตผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกายจะมีโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาท,๒๕๖๐)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

๑. อายุที่มากขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน ๕๕ ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า และคนอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป พบมากเป็น ๓ เท่าของคนที่อายุน้อย

๒. เพศชาย พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิด จะมีโอกาสเสียงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าเพศชาย

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

๔. เชื้อชาติ คนผิวดำพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว

๕. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต อัมพฤกษ์ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack:TIA) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (สถาบันประสาทวิทยาชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย,๒๕๖๐)

การดูแลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (General management)

๑. เฝ้าระวังการหายใจผิดปกติ และให้ O๒ therapy ควรให้มีระดับ o๒ saturation > ๙๔%

๒. ติดตามกราฟแสดงการเต้นของหัวใจแบบต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นพลิ้วและหัวใจ เต้นผิดจังหวะชนิดอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมงแรก

๓. หลักการให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน ที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

๓.๑ ความดันซิสโตลิก (SBP) ≤ ๒๒๐ มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก (DBP) ≤ ๑๒๐ มิลลิเมตรปรอท ไม่ต้องให้ยาลดความดันโลหิต ยกเว้นผู้ป่วยในกรณีดังต่อไปนี้

- ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)
- หลอดเลือดเอออติกแตกเซาะ (aortic dissection)
- กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial ischemia)
- ไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure) ภาวะ hypertensive encephalopathy

๓.๒ ความดันซิสโตลิก > ๒๒๐ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก ๑๒๑-๑๔๐ มิลลิเมตร ปรอท โดยวัดห่างกันอย่างน้อย ๒๐ นาที ๒ ครั้ง โดยเป้าหมายของการปรับลดความดัน ควรเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยให้ความดันโลหิตลดลงมาร้อยละ ๑๕ ของความดันโลหิตเริ่มต้น

๓.๓ ความดันไดแอสโตลิก > ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท ด้วยการวัด ๒ ครั้ง ติดต่อกันใน ๕ นาที

๓.๔ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (IV rt-PA) ควรควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน ๑๘๐/๑๐๕ มิลลิเมตรปรอท โดยการใช้ยาตามข้อ ๔.๒ หากผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูงอยู่เดิม และได้รับยารักษามาก่อน สามารถหยุดยาทั้งหมดได้และใช้เกณฑ์การรักษาตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น ยกเว้นยากลุ่ม B-blocker ที่ใช้รักษา กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ สำหรับการรักษาความดันโลหิตสูงในระยะยาว อาจพิจารณาเริ่มยาลดความดันโลหิตได้ หลังจากเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันไม่น้อยกว่า ๔๘-

๗๒ ชั่วโมงและมีภาวะทางระบบประสาทคงที่ โดยการให้ยาลดความดันโลหิตเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ (ความดันซิสโตลิก < ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดัน ไดแอสโตลิก < ๗๐ มิลลิเมตรปรอท) ให้รักษาตามสาเหตุ ให้สารน้ำประเภท isotonic solution หรือ ๐.๙% NaCl และพิจารณาให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ในกรณีที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น

๔. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ขึ้นอยู่กับภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย ในกรณีที่ขาดน้ำ แนะนำ ให้ Isotonic solution โดยเฉพาะ ๐.๙% NaCl หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีน้ำตาลและ Free water ควรปรับ ให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลของน้ำ

๕. พิจารณางดอาหารและน้ำ (nothing per oral/NPO) ในกรณีผู้ป่วย ซึม มีภาวะสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ (large infarction) หรือมีภาวะสมองบวม มีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัด

๖. ควรประเมินการกลืนก่อนพิจารณาให้ผู้ป่วยทานอาหารทางปากทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ปอดอักเสบจากการสำลัก

๗. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ระหว่าง ๘๐-๑๔๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในผู้ป่วยปกติ และ ๑๔๐-๑๘๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทั้งนี้ควรให้การรักษาในกรณีที่มี ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า ๖๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

๘. กรณีที่มีไข้ (> ๓๗.๕°C) ควรทำการลดไข้โดยอาจให้ยาลดไข้พร้อมทั้งหาสาเหตุและรักษาตามสาเหตุ

๙. รักษาโรคอื่นๆ ร่วมกันไป เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

๑๐. ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด deep vein thrombosis ควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะนี้ และป้องกันโดย early mobilization หรือทำ passive exercise หรืออาจพิจาณาให้ intermittent pneumatic compression (IPC)

การตรวจทางระบบประสาท

Glasgow Coma Scale (GCS) และ National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ซึ่งการประเมินทั้งสองแบบมีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในบางประเด็น เช่น ทั้งสองวิธีมีการประเมิน Consciousness, Motor และ Perception เหมือนกัน แต่ NIHSS จะมีการประเมินในด้านของ Cognition ร่วมด้วย นอกจากนี้จุดประสงค์ของการพัฒนาแบบประเมินทั้งสองยังมีความต่างกันคือ NIHSS พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วน GCS พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหลอดเลือดสมองโดยใช้ NIHSS โดยมีการประเมินดังนี้

๑a. ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness, LOC) โดยมีคะแนน ๐-๓ ดังนี้

๐= รู้สึกตัวดี

๑= ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้

๒= ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ

๓= ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะรีเฟล็กซ์

๑b. สามารถบอกเดือน และอายุได้ (LOC Questions) โดยมีคะแนน ๐-๒ ดังนี้

๐= ตอบได้ถูกต้องทั้ง ๒ ข้อ

๑= ตอบถูกเพียง ๑ ข้อ

๒= ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง ๒ ข้อ

๑. หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ (LOC Commands) โดยมีคะแนน ๐-๒ ดังนี้

๐ = ทำได้ถูกต้องทั้ง ๒ อย่าง

๑ = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว

๒ = ไม่ทำตามคำสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง

๒. การเคลื่อนไหวของตา (Best Gaze) โดยมีคะแนน ๐-๒ ดังนี้

๐ = มองตามได้เป็นปกติ

๑= ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง ๒ ข้าง เหลือบมองไปด้านข้างได้แต่ไม่สุด

๒= เหลือบตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใดจนสุด โดยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย oculocephalic maneuver

๓. การมองเห็น (Visual Fields) การตรวจการมองเห็นนี้ผู้ตรวจจะทำการตรวจตาทีละข้าง โดยอาจใช้มือปิดตาอีกข้างหนึ่งก่อน มีการให้คะแนน ๐-๓ ดังนี้

๐ = ลานสายตาปกติ

๑ = ลานสายตาผิดปกติบางส่วน (Partial Hemianopia)

๒ = ลานสายตาผิดปกติครึ่งซีก (Complete Hemianopia)

๓ = มองไม่เห็นทั้ง ๒ ตา (ตาบอด)

๔. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial Palsy) โดยมีคะแนน ๐-๓ ดังนี้

๐ = ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ

๑ = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสังเกตเห็นมุมปากตก หรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม

๒ = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก แต่ยังพอเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้บ้าง

๓ = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าในข้างใดหรือทั้ง ๒ ข้างได้เลย

การตรวจในข้อนี้จะทำการตรวจในผู้ป่วยที่ไม่พบการอ่อนแรงของใบหน้าชัดเจน โดยในการตรวจจะให้ผู้ป่วยยิ้ม แล้วให้สังเกตว่า ร่องบุ๋มข้างแก้มทั้งสองข้างขณะที่ผู้ป่วยยิ้มนั้นเท่ากันทั้งสองหรือไม่ พร้อมทั้งให้สังเกตว่ากล้ามเนื้อบริเวณแก้มยกตัวเท่ากันหรือไม่

๕. กำลังของกล้ามเนื้อแขน (Motor Arm) โดยมีคะแนน ๐-๔ ดังนี้

๐ = ยกแขนสูง ๙๐ องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ ๔๕ องศาในท่านอนหงาย และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด ๑๐ วินาที

๑ = ยกแขนสูง ๙๐ องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ ๔๕ องศาในท่านอนหงายและสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้เพียงครู่เดียวไม่ถึง ๑๐ วินาที โดยที่แขนไม่ตกลงบนเตียง

๒ = ยกแขนขึ้นได้บ้างแต่ไม่ถึงหรือไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ จากนั้นแขนตกลงบนเตียง

๓ = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้

๔ = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน

๖. กำลังของกล้ามเนื้อขา (Motor Leg) โดยมีคะแนน ๐-๔ ดังนี้

๐ = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม ๓๐ องศากับพื้นในท่านอนหงาย และคงตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด ๕ วินาที

๑ = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม ๓๐ องศากับพื้นในท่านอนหงายได้ครู่เดียว โดยไม่ถึง ๕ วินาที ก็ต้องลดขาลงมา แต่ขาไม่ตกลงบนเตียง

๒ = ยกขาขึ้นได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการ ขาตกลงบนเตียงก่อน ๕ วินาที

๓ = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงได้ในท่านอนหงาย

๔ = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา

๗. การประสานงานของแขนขา (Limb Ataxia) โดยมีคะแนน ๐-๒ ดังนี้

๐ = การประสานงานของแขนขาทั้ง ๒ ข้าง เป็นปกติ

๑ = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา ๑ ข้าง

๒ = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา ๒ ข้าง

UN = แขนหรือขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาข้อติดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้

ในผู้ป่วยบางรายที่แขนขาอาจถูกตัดไปก็ยังสามารถประเมินในหัวข้อนี้ได้ เช่น ขาผู้ป่วยถูกตัดไปหนึ่งข้าง ผู้ตรวจก็ยังสามารถตรวจในส่วนของแขน ขาที่เหลืออีก ๓ ข้าง และถ้าผลการประเมินพบว่า สามารถประสานงานได้ปกติก็ถือว่าได้คะแนน ๐

๘. การรับความรู้สึก (Sensory) โดยมีคะแนน ๐-๒ ดังนี้

๐ = การรับความรู้สึกเป็นปกติ

๑ = สูญเสียการรับความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับความรู้สึกจากวัสดุแหลมคมลดลงบ้าง แต่ผู้ป่วยยังสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกในบริเวณที่ถูกกระตุ้น

๒ = สูญเสียการรับความรู้สึกในระดับรุนแรงหรือไม่รู้สึกว่าถูกสัมผัสที่บริเวณใบหน้า แขนและขา

การทดสอบการรับรู้ความรู้สึกผู้ตรวจจะใช้ไม้จิ้มฟันปลายแหลมทำการทดสอบในตำแหน่งที่ต่างกันหรือตรงกันข้ามกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบความรู้สึกว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง เช่น ตำแหน่งที่ใบหน้าก็ทดสอบทั้งแก้มซ้าย และขวา เป็นต้น

๙. ความสามารถด้านภาษา (Best Language) โดยมีคะแนน ๐-๓ ดังนี้

๐ = การสื่อภาษาเป็นปกติ

๑ = การสื่อภาษาสูญเสียไปในระดับน้อยถึงปานกลาง ตรวจพบการสื่อภาษาที่ไม่ต่อเนื่อง มีการสูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษาในการสื่อสาร แต่ยังพอที่จะเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไรอยู่

๒ = การสื่อภาษาสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ตรวจเข้าใจได้ และผู้ทดสอบไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร

๓ = ไม่พูด หรือมี Global Aphasia (ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพยายามสื่อภาษา และไม่สามารถแสดงท่าทาง พูด และเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจ)

กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ผู้ตรวจควรสอบถามก่อนว่า ต้องใช้แว่นสายตาหรือไม่ รวมทั้งความสามารถในการอ่านหนังสือได้หรือไม่ เพื่อที่จะได้ประเมินได้ถูกต้องหรือหาวิธีทดสอบแบบอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยมองภาพไม่เห็น ก็อาจเอาวัตถุที่ผู้ป่วยน่าจะคุ้นเคยให้ดู แล้วถามว่ามันคืออะไร ใช้ทำอะไร เป็นต้น สำหรับการให้คะแนนในการให้ผู้ป่วยอธิบายรูปภาพหรือบอกชื่อภาพที่เห็น ถ้าผู้ป่วยบอกผิดมากกว่า ๕๐% ให้ ๒ คะแนน และถ้าบอกถูกบ้างแต่ไม่เกิน ๕๐% ให้ ๑ คะแนน

๑๐. การออกเสียง (Dysarthria) โดยมีคะแนน ๐-๒ ดังนี้

๐ = พูดได้ชัดเจนเป็นปกติ

๑ = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง (ผู้ป่วยพูดไม่ชัด เป็นบางคำโดยผู้ตรวจพอเข้าใจได้)

๒ = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือผู้ป่วยไม่พูด ผู้ตรวจไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้ป่วยได้ (โดยที่ไม่มีความผิดปกติของความสามารถทางภาษา)

ถ้าผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ตรวจอาจเป็นผู้อ่านให้ทีละบรรทัด แล้วให้ผู้ป่วยพูดตาม เช่น คำว่าแมง มุม ทับทิม ฟื้นฟู ขอบคุณ รื่นเริง ใบบัวบก เป็นต้น

๑๑. การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย (Extinction and Inattention) โดยมีคะแนน ๐-๓ ดังนี้

๐ = ไม่พบความผิดปกติ

๑ = มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของการรับรู้ในด้าน การมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้น ๒ ข้างพร้อมๆ กัน

๒ = มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ มากกว่า ๑ อย่าง หรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตัวเอง หรือสนใจต่อสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว

การตรวจในข้อนี้เป็นการทดสอบทั้งการมองเห็น การได้ยิน และการรับสัมผัส โดยการทดสอบการได้ยินและรับสัมผัส จะให้ผู้ป่วยหลับตาขณะทดสอบด้วย ซึ่งการทดสอบแต่ละอย่างจะทำทีละข้างก่อน และสุดท้ายก็จะกระตุ้นอวัยวะทั้งสองข้างพร้อมๆ กัน

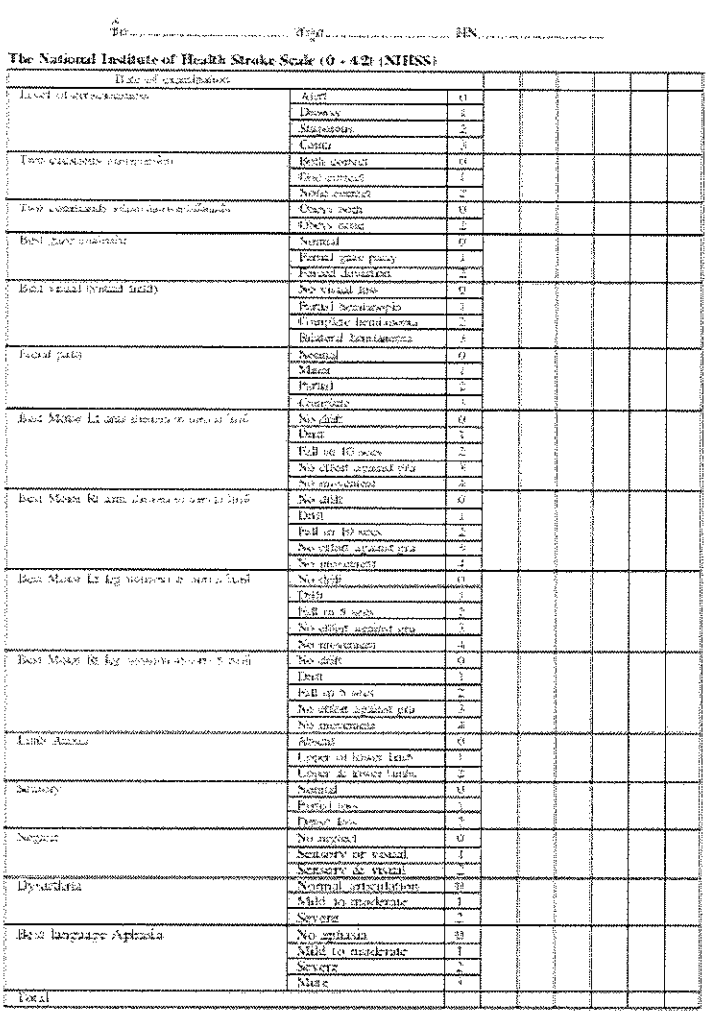
การให้คะแนนจากการประเมินด้วย NIHSS จำแนกออกเป็น ๔ ระดับดังนี้

คะแนน ๒๕ = Very Severe Impairment

คะแนน ๑๕–๒๔ = Severe Impairment

คะแนน ๕–๑๔ = Mild to Moderately

คะแนน ≤ ๔ = Mild Impairment



ชื่อ..... สกุล..... HN.....

The National Institute of Health Stroke Scale (0 - 42) (NIHSS)

Date of examination								
Level of consciousness	Alert	0						
	Drowsy	1						
	Stuporous	2						
	Coma	3						
Two questions (month/age)	Both correct	0						
	One correct	1						
	None correct	2						
Two commands (open/close eyes/hands)	Obeys both	0						
	Obeys one	1						
Best Gaze (normal test)	Normal	0						
	Partial gaze palsy	1						
	Forced deviation	2						
Best visual (visual field)	No visual loss	0						
	Partial hemianopia	1						
	Complete hemianopia	2						
	Bilateral hemianopia	3						
Facial palsy	Normal	0						
	Minor	1						
	Partial	2						
	Complete	3						
Best Motor Left arm (stretch or arm at 90)	No drift	0						
	Drift	1						
	Fall at 10 secs	2						
	No effort against gra	3						
	No movement	4						
Best Motor Right arm (stretch or arm at 90)	No drift	0						
	Drift	1						
	Fall at 10 secs	2						
	No effort against gra	3						
	No movement	4						
Best Motor Left leg (stretch or arm at 30)	No drift	0						
	Drift	1						
	Fall at 5 secs	2						
	No effort against gra	3						
	No movement	4						
Best Motor Right leg (stretch or arm at 30)	No drift	0						
	Drift	1						
	Fall at 5 secs	2						
	No effort against gra	3						
	No movement	4						
Limb Ataxia	Absent	0						
	Upper or lower limb	1						
	Upper & lower limb	2						
Sensory	Normal	0						
	Partial loss	1						
	Deep loss	2						
Neglect	No neglect	0						
	Sensory or visual	1						
	Sensory & visual	2						
Dysarthria	Normal articulation	0						
	Mild to moderate	1						
	Severe	2						
Best language Aphasia	No aphasia	0						
	Mild to moderate	1						
	Severe	2						
	Mute	3						
Total								

การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glascow Coma Scale : EVM)

E= Eye opening response	V= Verbal response	M=Motor response
E1 ไม่ลืมตาเลย	V1 ไม่ออกเสียง	M1 ไม่ขยับเลย
E2 ลืมตาเมื่อเจ็บ	V2 ออกเสียงไม่เป็นภาษา ไม่มีความหมาย	M2 แขนเหยียดเกร็งออก (Decerebrate rigidity)
E3 ลืมตาเมื่อเรียก	V3 ออกเสียงเป็นภาษาเป็นคำๆ มีความหมาย	M3 แขนงอผิดปกติงอเข้า (Decerticate rigidity)
E4 ลืมตาเอง	V4 ออกเสียงเป็นประโยคแต่สับสน	M4 ขยับเมื่อเจ็บ
	V5 พูดคุยได้ตามปกติ	M5 เอามือปัดตำแหน่งเจ็บได้
		M6 ทำตามคำสั่งได้

บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย สูญเสียความรู้สึกตัว (Mild Head Injury) GCS = 13-15 คะแนน

บาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) GCS =9 -12 คะแนน

บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (Severe Head Injury) GCS= 3-8 คะแนน

การแปลผลของคะแนนที่ได้จากประเมินโดยใช้ NIHSS จะต่างจากการประมินด้วย GCS คือ ถ้าคะแนนของ NIHSS มากแสดงว่า ผู้ป่วยมีภาวะความรุนแรงของโรคมาก ส่วน GCS ถ้าคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคน้อย

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การให้การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเบื้องต้น ได้แก่ การทำกายภาพบำบัดโดย การจัดท่านอนที่เหมาะสม (Bed positioning) การบริหารข้อต่อเพื่อป้องกันข้อติดยึด (Range of motion exercise) การทำกายภาพบำบัดทรวงอก (Chest rehabilitation therapy) การทำกิจกรรมบำบัดโดย การประเมินการกลืนเบื้องต้นและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนและมือทำกิจวัตรประจำวันเบื้องต้น เป็นต้น

ภาวะที่ควรพิจารณางดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ

หากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมีอาการหรืออาการแสดงดังต่อไปนี้ ควรพิจารณา งดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ

-ไข้ ≥ ๓๘ °C
-ชีพจร > ๑๐๐ หรือ < ๖๐ ครั้ง/นาที
-ความดันโลหิต SBP ≥ ๑๘๐ หรือ < ๙๐ และ DBP ≥ ๑๑๐ หรือ < ๖๐ มิลลิเมตรปรอท
-เจ็บแน่นหน้าอก
-หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน
-หอบเหนื่อย
-ซึมลง สับสน หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อได้
-ชัก
-แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น
-ปวดศีรษะ เวียนศีรษะหรือ คลื่นไส้อาเจียนมาก
-ขาบวมที่สงสัยว่าจะมีหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันเฉียบพลัน เป็นต้น

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

๑. ความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปอาจจะเริ่มควบคุมยาลดความดันโลหิตหลังจาก ๒๔ ชั่วโมงแรกในผู้ป่วย ที่มีอาการทางระบบประสาทคงที่และมีประวัติความดันโลหิตสูงมากก่อน โดยควบคุมความดัน โลหิตให้น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท และให้น้อยกว่า ๑๓๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท กรณีที่เป็น lacunar infarct ๒. ไขมันในเลือดสูง ควรให้ยาลดไขมันกลุ่ม statin ในผู้ป่วยที่มีระดับ LDL ≥ ๑๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร และถึงแม้จะมีระดับ LDL< ๑๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก็แนะนำให้ยาstatin

๓. เบาหวาน ควรควบคุมระดับ HbA๑C < ๗.๐ % และระดับ A๑C อาจสูงกว่า ๗% แต่ไม่ควรเกิน ๘.๕% ในกรณีมีประวัติเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดอย่างรุนแรงบ่อยๆ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้, มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค

๔. ความอ้วน ควรควบคุมน้ำหนักให้มี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติของคนเอเชีย โดยมี BMI < ๒๓ กิโลกรัม/ ตารางเมตร

๕. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายชนิดแอร์โรบิค ระดับปานกลาง (เช่น การเดินเร็ว หรือ ขี่จักรยาน) หรือระดับสูง (เช่น วิ่งจ๊อกกิ้ง) สัปดาห์ละ ๓-๔ ครั้ง นานติดต่อกันครั้งละ ๔๐ นาที

๖. การสูบบุหรี่ แนะนำให้เลิกการสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่

๗. การดื่มสุรา แนะนำให้เลิกการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๘. ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดสมองให้รักษาตามสาเหตุ เช่น หลอดเลือดอักเสบ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Hypercoagulable state) เป็นต้น

แนะนำการสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยควรมาโรงพยาบาลทันที โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด ดังนี้

B (Balance) : มีอาการทรงตัวไม่ได้ เดินเซ เวียนศีรษะ บ้านหมุน และสูญเสียการทรงตัว

E (Eyes) : สูญเสียการมองเห็นข้างเดียว หรือทั้ง ๒ ข้าง หรือตามัว และเห็นภาพซ้อน

F (Face) : ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยวครึ่งซีก หรือมุมปากตก

A (Arm) : มีลักษณะแขนขาอ่อนแรง หรือชาครึ่งซีก

S (Speech) : มีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดตะกุกตะกัก สื่อสารไม่เข้าใจ หรือนึกคำพูดไม่ออก

T (Time) : เมื่อมีอาการดังกล่าว ให้รีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดภายในระยะเวลา ๔ ชั่วโมง เนื่องจากเป็นระยะที่ยังปลอดภัย และสามารถรักษาได้ด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ทั้งนี้สามารถโทร.เรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน หรือโทร. ๑๖๖๙

หัวใจหลักของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ คือ การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยในกรณีของผู้รับบริการนั้นการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงจากการรับประทานอาหารไขมันสูงและขาดการออกกำลังกาย ดังนั้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่สำคัญคือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูงงดอาหารหวาน มัน เค็ม ลดการบริโภคอาหารแปรรูป และทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ขาดยา ไม่หยุดยาเอง สังเกตอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดทัน

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ☐ ต่อตนเอง มีความรู้ ความชำนาญในการซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และส่งตรวจพบแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันหรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆได้อย่างถูกต้อง

๒.๓.๒ ☐ ต่อหน่วยงาน นำความรู้มาถ่ายทอดให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน ในการคัดกรอง การซักประวัติ ให้สามารถเข้าใจและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น

๒.๓.๓ ☐ อื่น ๆ ระบุ แผนกอื่นๆในผู้ป่วยนอก นำความรู้ มาถ่ายทอดให้แก่บุคลากรระหว่างหน่วยงานในแผนกผู้ป่วยนอก ในการคัดกรอง ซักประวัติให้สามารถเข้าใจและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ ☐ การปรับปรุง ยังไม่มีคลินิคเฉพาะทางผู้ป่วยนอกทางระบบประสาทที่ชัดเจน

๓.๒ ☐ การพัฒนา พัฒนาการคัดกรอง และการซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จัดตั้งคลินิกเฉพาะทางผู้ป่วยนอกทางระบบประสาท เพื่อให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและรวดเร็วในการคัดกรองอาการและอาการแสดงที่เร่งด่วนก่อนเข้าพบแพทย์

ส่งพยาบาลไปศึกษา ฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นในทุกๆปี

ลงชื่อ เบญญทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์ ผู้รายงาน

(นางสาวเบญญทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การศึกษาอบรม ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ

(นายอรรถพล เกิดอรุณสุขศรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วันที่ 18 เมษายน - 4 สิงหาคม 2566 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถานที่อบรม
1.สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
2.ER ตึกภูมิสิริ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3.Stroke Unit ตึกภูมิสิริ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4.ICU Stroke ตึกภูมิสิริ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ได้จากการศึกษาอบรม
1.สามารถซักประวัติ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อการประเมินแยกโรค
2.ให้ความรู้ คำแนะนำในผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3.การทำงานเป็นทีมในสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4.มีการจัดการระบบการดูแลและฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5.สร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ได้รับบริการอย่างรวดเร็ว
6.การทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนในการเข้าถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน
7.การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายให้ได้รับการทำกายภาพบำบัดตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล
8.การติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย

แนวทางการนำไปพัฒนางาน
1.เสริมสร้างความรู้ให้บุคลากรในหน่วยงานตระหนักถึงการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน
2.การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจนถึงการติดตามการรักษา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3.การส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (Rehabilitation)ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองทุกรายในระยะ 6 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆได้ใกล้เคียงเดิมได้มากที่สุด
4.ใช้สื่อและเทคโนโลยีที่เข้าถึงประชาชนให้มากที่สุด เช่น สื่อวิดีทัศน์ Stroke คำแนะนำการสังเกตอาการและอาการแสดงที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด (Time is brain)
5.คำแนะนำในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลตัวเองทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร ยา และการออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
6.พัฒนาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เมื่อส่งต่อไปแผนกอื่นๆทั้งในโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขและในชุมชน

นางสาว เบญญทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โรงพยาบาล กลาง