

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา
2. **ชื่อผู้เผยแพร่ผลงาน** นางเจ็จจันทร์ ทิพรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) หน่วยงาน หอผู้ป่วยพิเศษรวมใจเอื้อ
โทรศัพท์: 081-0083614 E-mail: jua.jun@hotmail.com
3. **ระยะเวลาดำเนินการ** เดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนกันยายน 2563
4. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ:**

4.1 ความเป็นมา/ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย โดยมีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากการตีบตันของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ นำไปสู่ความพิการ เช่น อัมพาตครึ่งซีก การกลืนลำบาก พูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด ปากเปี้ยว ความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ บางรายอาจเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ดังนั้นการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวให้อยู่ในภาวะปกติ จึงช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและลดความรุนแรงของโรคได้ ปัจจุบันมีหลายสถาบันพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งผลลัพธ์และการพยากรณ์ของโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดขึ้นอยู่กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรก พยาบาลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุด จึงควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการรักษาให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ด้วยการประเมินและให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษา วางรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หอผู้ป่วยพิเศษรวมใจเอื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้รับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด โดยในปีงบประมาณ 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 72 ราย ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาการยังไม่คงที่ ต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท วัดอุณหภูมิกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ความอึดตัวของออกซิเจน ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดแฟบหรือปอดบวม การติดเชื้อ ลิ่มเลือดอุดตัน การเกิดแผลกดทับ และการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษรวมใจเอื้อ จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะอย่างเพียงพอ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ

ร่างกายที่บกพร่อง และจัดการกับภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น ลดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยเร็วขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้การศึกษานี้ยังเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดยังมีประโยชน์ต่อการพัฒนางานการพยาบาลต่อไป

4.2 แนวคิดที่ใช้ดำเนินการ (โรค/พยาธิสภาพ โดยสังเขป)

4.2.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นทันทีอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งเกิดขึ้นจากการถูกขัดขวางการจัดส่งออกซิเจน เข้าสู่สมองทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อระบบประสาทในสมอง ทำให้เซลล์สมองขาดไกลโคเจน ส่งผลให้พลังงานลดลงอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในสมอง

โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด แบ่งออกได้อีก 2 ชนิด ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้ 2) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้ เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด มีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็น 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ เนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น เพศ พบเพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุน้อย 2) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม หรือการใช้ยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่างๆ

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดสมองขึ้น สมองจะมีกลไกที่สามารถป้องกันตนเองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลายอย่าง ได้แก่ การเชื่อมประสานกันของแขนงหลอดเลือดแดง กลไกการปรับตัวเพื่อที่จะเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมอง และเพิ่มการสกัดเอากลูโคสและออกซิเจนจากหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ในภาวะปกติสมองมีเลือดมาเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิลิตร /100 กรัมของสมอง/นาที ถ้าปริมาณเลือดมาเลี้ยงส่วนใดส่วนหนึ่งลดต่ำกว่า 18 มิลลิลิตร/100 กรัมของสมอง/ นาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระ แต่ยังไม่ตายจะทำหน้าที่ได้เป็นปกติ หากมีการตีบ หรืออุดตันมากขึ้น ทำให้สมองได้รับเลือดน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/100 กรัมของ

สมอง/ นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวร และถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงโดยสิ้นเชิงเกิน 3-8 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลายไม่สามารถฟื้นได้

อาการของโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้ายเป็นต้น อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยล้า การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 15

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด การตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอน ดังนี้ 1) การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษาโรค อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือดต่างๆ 3) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในปัจจุบัน การให้การรักษาด้วยความรวดเร็ว ถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 3 - 4.5 ชั่วโมง ยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้นยิ่ง หากได้รับเร็วประสิทธิภาพในการรักษาก็จะยิ่งดีขึ้น ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาแอสไพริน ใช้ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน 4.5 ชั่วโมง และให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะยาว ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ เพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด

1. ผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 3 ชั่วโมง พยาบาลที่จุดคัดกรองเคลื่อนย้ายเข้าห้องฉุกเฉิน ภายใน 3 นาที ซักประวัติถึงอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่าง ดังนี้ 1) อาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า 2) พูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด 3) ปวดศีรษะอย่างรุนแรง 4) เดินเซ เสียการทรงตัว 5) ตามัว มองเห็นภาพซ้อนระยะเวลาที่เริ่มเป็น ตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษ CT ภายใน 10 นาทีและตามผลภายใน 15 นาที รายงานแพทย์ในกรณีสัญญาณชีพผิดปกติ มีภาวะพร่องออกซิเจน GCS < 10 คะแนน มีความผิดปกติทางระบบ

ประสาททันทีทันใด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ อาการอื่นๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ชักเกร็ง กระตุก หายใจ เหนื่อยหอบ เป็นต้น

2. ผู้ป่วยมีอาการเริ่มแรกทางระบบประสาท ตั้งแต่ 3-72 ชั่วโมง(ระยะเฉียบพลัน) Basic life support ประเมินอาการทั่วไป อาการทางระบบประสาท แจ็งแพทย์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษามารับระบบช่องทางด่วน (stroke fast track) ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ชักประวัติ ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ได้รับการทำ CT scan non contrast อย่างรวดเร็ว ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) หากผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์การให้ยา IV rt-PA ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กำจัดเสมหะน้ำลาย ป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจและการสูดสำลัก ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดูแลความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และขับออกจากร่างกาย เฝ้าระวังอาการชัก และให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยชัก เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต่าง ๆ

3. การพยาบาลเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ได้แก่ การดูแลความสะอาดของสุขวิยาส่วนบุคคล บันทึกสัญญาณชีพ และอาการแสดงของระบบประสาท ดูแลผิวหนัง พลิกตะแคงตัว ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้อาหารและหายใจลึก ๆ ออกกำลังกายตามข้อต่าง ๆ ดูแลป้องกันอาการท้องผูก ประเมินความสามารถในการมองเห็น การกลืน การพูด ปรับวิธีการสื่อสาร ประเมินปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับและรับทราบความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

4. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ได้แก่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคล สอนให้ทำกิจวัตรประจำวัน สอนการฝึกออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4.2.2 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะความดันในหลอดเลือดแดงสูงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยวัดขณะนั่งพัก 5-10 นาที และได้ค่าสูงตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

ระดับความดันโลหิตแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะก่อนความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต ในขณะที่หัวใจบีบตัว หรือความดันซิสโตลิก (systolic pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว หรือความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท 2) ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ค่าความดันซิสโตลิก (systolic pressure) อยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) อยู่ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท และ 3) ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 ค่าความดันซิสโตลิก (systolic

pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ ผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น 2) การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น เอื้อต่อการเกิดตะกรัน (atheromatous plaque) ในหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดตีบตัน และ 3) พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานโซเดียมมากเกินไป การได้รับสารไขมันมาก โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักเกิน และความเครียด

พยาธิสภาพ เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ 1) การกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนแอลฟา และการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน ทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลง จะกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกาย และแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนนอก ซึ่งจะมีผลในการดูดซึมน้ำกลับของน้ำและโซเดียมที่ไต ปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 2) ต่อมใต้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (antidiuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน โดยฮอร์โมนนี้มีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรง จึงทำอันตรายต่อเยื่อภายในหลอดเลือด ทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากยิ่งขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง ระยะแรกส่วนใหญ่ไม่มีอาการ มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการ ที่พบได้บ่อย คือ ปวดศีรษะ ท้องตึงที่ต้นคอ ปวดศีรษะ สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงอาจมีอาการเหล่านี้ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา ตามัว อัมพาต หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อน มีดังนี้ 1) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (cerebral thrombosis or infarction) โรคหลอดเลือดสมองแตก (cerebral hemorrhage) โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack: TIA) 2) ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว 3) ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา เกิดหลอดเลือดแดงในตาแตก ทำให้มีจุดเลือดออก จอประสาทตาเสื่อมจากการขาดเลือด เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด 4) ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ส่งผลให้ไตเสื่อมสภาพและเกิดไตวายเรื้อรัง และ 5) ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (aneurysm) ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง และในช่องอก

การรักษา เป้าหมายของการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมให้ความดันโลหิตต่ำกว่า 140 /90 มิลลิเมตรปรอท และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ ดังนี้ 1) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดน้ำหนักส่วนเกิน เลิกบุหรี่ และงดดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดอาหารรสเค็มจัด เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช ปลา 2) ให้ยาเพื่อลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ด้วยยา diuretics, beta adrenergic receptor blockers, angiotensin II receptor blockers, calcium antagonists, alpha I-adrenergic blockers, angiotensin II converting enzyme inhibitors และ vasodilators และ 3) ติดตามการรักษา เพื่อประเมินการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจปัสสาวะและเลือด การตรวจคลื่นหัวใจ เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกน้อยกว่าที่ลดลง (Decreased cardiac output) โดยตรวจวัดความดันโลหิตทั้ง 2 ข้างด้วยเทคนิคที่เหมาะสมและถูกต้อง ฟังเสียงลมหายใจ (breath sounds) และเสียงหัวใจ สังเกตสีผิว ความชื้น อุณหภูมิ และดูการไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (capillary refill time) จำกัดการทำกิจกรรมโดยให้พักบนเตียง จัดหาผู้ช่วยเหลือเมื่อต้องการลุกจากเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ตรวจสอบอาการบวมทั่วไป ติดตามผลของยาควบคุมความดันโลหิต

2. ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะความดันในหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยดูแลการพักผ่อนให้เพียงพอ จัดเตียงและท่านอนให้เหมาะสม ตรวจวัดความดันโลหิต โดยวัดที่แขนทั้ง 2 ข้าง ทั้งท่านอนทำยืน บันทึกสารน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย สังเกตอาการของความดันโลหิตต่ำอย่างกะทันหัน ในผู้ป่วย ที่มีอาการอ่อนเพลีย ควรหลีกเลี่ยงการลุกจากเตียง ดูแลให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา

3. ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดหรือขาดออกซิเจน โดยจัดเตียงและท่านอนให้เหมาะสม ตรวจวัดความดันโลหิตโดยวัดที่แขนทั้ง 2 ข้าง ทั้งท่านอน ทำยืน บันทึกสารน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย สังเกตอาการของความดันโลหิตต่ำอย่างกะทันหัน ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียควรหลีกเลี่ยงการลุกจากเตียง ดูแลให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา

4. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิต ได้แก่ จำกัดอาหารเค็ม หรืออาหารที่มีเกลือโซเดียม การออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² การจัดการความเครียด

4.2.3 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากเซลล์ในร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองในการดึงเอาน้ำตาลในเลือดไปใช้ หรือมีการหลั่งอินซูลินลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ พันธุกรรม ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูง การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด จะทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ สูงอายุ ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน และภาวะตั้งครรรภ์

พยาธิสภาพ เป็นผลจากภาวะดื้ออินซูลิน ดังนี้ 1) ภาวะดื้ออินซูลินในกล้ามเนื้อ ทำให้การนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์และเก็บสะสมในรูปของไกลโคเจนลดลง 2) ภาวะดื้ออินซูลินในตับ ทำให้การสร้างกลูโคสจากตับ (gluconeogenesis) เพิ่มขึ้น 3) ภาวะดื้ออินซูลินในเนื้อเยื่อไขมัน ทำให้มีการสลายไขมัน (lipolysis) มีกรดไขมันอิสระในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น นำไปสู่ภาวะดื้ออินซูลินในตับและกล้ามเนื้อในที่สุด 4) ภาวะดื้ออินซูลินในสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการหลั่งสารสื่อประสาท ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มและเหนียว นำการเกิดภาวะดื้ออินซูลินในกล้ามเนื้อและตับรวมถึงดื้อต่อ Leptin 5) การลดลงของฮอร์โมนอินครีติน ได้แก่ glucagon-like peptide และ glucose-dependent insulintropic polypeptide รวมถึงความผิดปกติของ β -cells ในตับอ่อน ทำให้การหลั่งอินซูลินลดลง หรือความผิดปกติของ α -cells ในตับอ่อน ส่งผลให้มีการหลั่งกลูคากอนเพิ่มขึ้นหรือมีการดูดกลับของกลูโคสที่ไตเพิ่มขึ้น เป็นต้น

อาการและอาการแสดง มีดังนี้ ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก (polyuria) คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก (polydipsia) หิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ (polyphagia) อ่อนเพลีย (fatigue, weakness) น้ำหนักลด ผอมลง (weight loss) เป็นแผลได้ง่ายแต่หายยาก คันตามผิวหนัง ตามัว ชาตามปลายมือปลายเท้า และความรู้สึกทางเพศลดลง

การวินิจฉัยโรค มีหลายวิธี ได้แก่ วิธีที่ 1 ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่ทราบสาเหตุ และค่าระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ≥ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร วิธีที่ 2 การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ค่า ≥ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตรวิธีที่ 3 การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล ≥ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และวิธีที่ 4 การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A1c (HbA1c) ค่า $\geq 6.5\%$

ภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก 2) ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ การเกิดแผลเรื้อรังที่เท้า (Diabetic foot ulcer) และการสูญเสียอวัยวะ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

เลือดฝอย เกิดกับอวัยวะ 3 ระบบ คือ ตา เกิดเบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy) ไต ทำให้เกิดไตเสื่อมหรือไตวาย (Diabetic Nephropathy) และระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathy)

การรักษาโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ประการ ดังนี้ 1) การให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร ลดน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวอื่น ๆ การควบคุมอาหาร 2) การรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน ได้แก่ ยากลุ่ม Sulfonylureas เช่น Tolbutamide, Glibenclamide, Glipizide, ยากลุ่ม Biguanides เช่น Metformin, Phenformin ยากลุ่ม Alpha- Glucosidase Inhibitor เช่น Acarbose, Voglibose ยากลุ่ม Thiazolidinedione เช่น Troglitazone, Rosiglitazone, Avandia และชนิดฉีด คือ อินซูลิน โดยชนิดของอินซูลินสามารถแบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ดังนี้ อินซูลินออกฤทธิ์เร็ว (rapid-acting insulin) ได้แก่ Regular insulin (Actrapid insulin, Humulin R) ออกฤทธิ์สั้น มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 3 – 6 ชั่วโมง อินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (intermediate acting) ได้แก่ NPH insulin (Humulin-N, Insulatard insulin), Lente insulin (Monotard insulin) มีระยะเวลาออกฤทธิ์ 10 – 16 ชั่วโมง อินซูลินออกฤทธิ์ยาว (long acting insulin) ได้แก่ Glargine detemir insulin มีระยะเวลาออกฤทธิ์ 20 – 24 ชั่วโมง และอินซูลินชนิดผสม (Premixed insulin) Intermediate-acting insulin และ Short-acting หรือ Rapid-acting insulin ในสัดส่วน 70:30

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยดูแลดังนี้

1.1 ดูแลการรับประทานอาหาร โดยอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ อาหารที่สามารถรับประทานได้โดยไม่จำกัดปริมาณ อาหารที่สามารถรับประทานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ และอาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง

1.2 ดูแลให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือฉีดอินซูลิน และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา

1.3 ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ <140

mg/dl

2. ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ น้ำหนักตัว ควบคุมระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต

3. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ตา ไต เท้า และระบบเลือด

4. ดูแลความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่นอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การดูแลเท้า งดสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนัก รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด พบแพทย์ให้ตรงตามวันนัดทุกครั้ง

6. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเองเป็นผู้ที่ตั้งเป้าหมายในการรักษา มีความเข้าใจว่าตนเองมีอุปสรรคและข้อจำกัดอย่างไร รวมทั้งสามารถที่จะทำการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ สามารถที่จะจัดการกับสุขภาพของตนเองได้หรือตัดสินใจมาพบแพทย์เมื่อมีความจำเป็น

5. สรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 41 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง ไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัวใด ๆ สุขภาพแข็งแรง ตีมาตลอด ออกกำลังกายน้อย ชอบรับประทานอาหารมันและมีรสเค็ม ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน มีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน ปวดศีรษะ วันนี้อาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และได้เข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยสื่อสารเป็นปกติ แขนขามีแรงดีทั้ง 2 ข้าง motor power เกรด 5 pupil \varnothing 3 mm RTL BE ความดันโลหิต 194/108 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยแรกรับ Dizziness with Hypertension urgency ให้การรักษาด้วย Dimenhydrinate 50 mg \odot stat, Hydralazine (25 mg) 2 tab stat หลังได้รับการรักษา ความดันโลหิตลดลงเหลือ 147/88 มิลลิเมตรปรอท ยังมีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะมาก โดยเฉพาะเวลาลุกนั่ง แพทย์จึงรับไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล ให้การรักษาด้วยการเจาะเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, E'lyte, On 0.9 %NSS 1,000 ml \odot drip in 24 hr , Amlodipine (10 mg) 1 tab \odot OD pc, Dimenhydrinate (50 mg) 1 tab \odot tid pc ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้น WBC มีค่าสูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ภายหลังรับไว้ 4 ชั่วโมง ระดับความดันโลหิตยังไม่คงที่อยู่ในช่วง 150/110 -189/135 มิลลิเมตรปรอท มีไข้ต่ำ ๆ $T = 37.6^{\circ}\text{C}$ เฝ้าระวังอาการและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังรับไว้ 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่ชัด หนึ่งตาข้างซ้ายและมุมปากข้างซ้ายตก มีน้ำลายไหลออกมาจากมุมปาก กลืนน้ำลายลำบาก ไอ จาม เป็นพักๆ แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง motor power เกรด 4 มองเห็นภาพซ้อน แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Ischemic stroke ให้ส่ง CT. scan brain และ CXR ผล CT. scan brain พบ Hypodensity at left basal ganglion ผล CXR ปกติ ให้การรักษาโดยเพิ่ม rate 0.9 % NSS เป็น 60 ml/hr, ASA (325mg) 1 tab \odot OD pc, Atorvastatin (40 mg) 1 tab \odot hs, Losec (40 mg) 1 tab \odot OD ac, Off Amlodipine, Consult จักษุแพทย์, Blood for FBS, Lipid profile ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ FBS =201 mg/dl, Cholesterol= 228 mg/dl, Triglyceride =224 mg/dl, HDL- Cholesterol=37 mg/dl, LDL-Calculate=146.2 mg/dl แพทย์วินิจฉัยโรคเพิ่มเป็น DM type II , Dyslipidemia ให้การรักษาด้วย Metformin (500 mg) 1 tab \odot bid ac, DTX ac เข้า, Diabetic diet ผลการตรวจทางจักษุวิทยาพบมี incomplete left cranial nerve III palsy แนะนำให้ส่งทำ MRI & MRA brain and orbit ผล MRI พบ Lt. side acute brain stem infarction and involved CN III nucleus และส่งทำกายภาพบำบัด ฟันฟุสภาพร่างกาย ภายหลังรับไว้ 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาข้างขวาอ่อนแรง อาการพูดไม่ชัด หนึ่งตาข้างซ้ายและมุมปากข้างซ้ายตก ตาข้างซ้ายยังคงมองเห็นภาพซ้อนอยู่ ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 110/79-110/80 มิลลิเมตร

ปรอท ไม่มีไข้ ผลระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในช่วง 123-187 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์วางแผน
 จำหน่าย โดยผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเมื่อกลับไป บ้าน การสังเกตอาการ
 ผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ และฝึกทักษะที่จำเป็นจนสามารถปฏิบัติได้ จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
 โดยประสานทีม Home Health Care ติดตามเยี่ยมบ้าน และแพทย์นัดมาตรวจติดตามอาการภายหลัง
 จำหน่าย 1 เดือน รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากได้รับเลือดและออกซิเจนไม่
 เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ ได้แก่ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ พูด
 ไม่ชัด หนึ่งตาและมุมปากข้างซ้ายตก แขนขาข้างขวาอ่อนแรง motor power เกรด 4 ตาข้างซ้าย
 มองเห็นภาพซ้อน

2. ความดันโลหิต (BP) = 150/110 mmHg, ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) = 123 mmHg

3. ผล CT. Scan brain non contrast พบ Hypodensity at left basal ganglion

4. ผล MRI พบ Lt. side acute brain stem infarction

5. ความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 43%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เนื้อเยื่อสมองได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) อาการทางระบบประสาท (Neurological
 signs) และคำนวณค่า MAP ทุก 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหรือจนกว่าสัญญาณชีพ อาการทางระบบ
 ประสาทคงที่ เพื่อดันหาอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งชี้ว่าการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

2. จัดให้ออนศิริระสูงเล็กน้อยประมาณ 15-20 องศา โดยศิริระ ลำคอ และสะโพก ไม่พับงอ
 มากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก หลีกเลี่ยงการจัดท่านอนคว่ำหรือ
 นอนศิริระต่ำ

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการฟังเสียงเสมหะในปอดเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการอุด
 ต้นของเสมหะ ทำให้รบกวนการแลกเปลี่ยนอากาศในปอดลดลงและเกิดคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในรูปแบบ Isotonic solution คือ 0.9%NSS
 1,000 ml \odot drip rate 60 ml/hr เพื่อลดความหนืดของเลือดและเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง

5. ดูแลให้ O₂ cannula 3 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

6. ตรวจวัด O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด

7. เป้าระวังลักษณะการหายใจผิดปกติที่เกิดจากรอยโรคบริเวณ Brain stem ได้แก่ Apneusis, Cluster breathing, Ataxic breathing, Apnea เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและป้องกันเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน

8. ดูแลให้ยาต้านเกล็ดเลือด คือ ASA (325mg) 1 tab \odot OD pc เพื่อป้องกันการเกิด embolus หรือ thrombosis พร้อมสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ระบายเคืองกระเพาะอาหาร แผลในทางเดินอาหาร

9. ดูแลให้ยาลดการระคายเคืองกระเพาะอาหารจากยา ASA คือ Losec (40 mg) 1 tab \odot OD ac และสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการชัก อาการบวม ปวดท้องรุนแรง ท้องเสีย ถ้ามีอาการเป็นเลือด ปัสสาวะน้อยหรือบ่อยกว่าปกติ ปัสสาวะมีเลือดปน อาการภาวะแมกนีเซียมต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ สับสน อัตราการเต้นหัวใจเร็วและไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริว ไอหรือสำลัก

10. ดูแลให้นอนพักบนเตียงอย่างเคร่งครัด (strict bed rest) และให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายและป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือด

11. สังเกตอาการปวดศีรษะที่รุนแรงเพิ่มขึ้น แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เพื่อประเมินอาการที่บ่งชี้ว่ามีภาวะสมองขาดเลือดหรือเกิดเนื้อสมองตายมากขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะและปวดศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP = 120/80 mmHg, PR= 70 /min, RR= 20/min , T=36 °C , MAP =93.3 mmHg ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ ไม่ต้องใช้แรงในการหายใจ ไม่มีเสียงดัง มีช่วงพักแต่ละครั้งของการหายใจเข้า-ออก ทรวงอกมีการขยายเท่ากันทั้งสองข้าง อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทคงเดิม คือ รู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด หนึ่งตาและมุมปากข้างซ้ายตก แขนขาข้างขวาอ่อนแรง motor power เกรด 4 pupil \varnothing 2.5 mm RTL BE ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ความดันโลหิตสูงเนื่องจากหลอดเลือดแดงตีบแคบจากไขมันอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการตรวจ Lipid profile พบ Cholesterol= 228 mg/dl, Triglyceride=224 mg/dl, HDL- Cholesterol=37 mg/dl, LDL-Calculated=146.2 mg/dl
2. ความดันโลหิต (BP) =150/110 mmHg, Pulse pressure = 40 mmHg

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
2. ป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกริยาของรูม่านตาและการเคลื่อนไหว หากคะแนน Glasgow coma scale ลดลงจากเดิม ≥ 2 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที

2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะมากขึ้น อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ ขนาดของรูม่านตา (pupil) 2 ข้าง แตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกริยาตอบสนองต่อแสง มองเห็นภาพซ้อน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น

3. ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส เพื่อลดอัตราการเผาผลาญในร่างกาย และเมตาบอลิซึมของสมอง

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการฟังเสียงการหายใจและเสมหะในปอดเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินความเพียงพอของการระบายอากาศและการอุดตันในทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ส่งผลให้หลอดเลือดสมองขยายตัวและมีปริมาณเลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้น จึงเกิดความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ หากมีเสมหะ ควรปฏิบัติ ดังนี้

4.1 ใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F

4.2 ดูดเสมหะในแต่ละครั้งไม่เกินครั้งละ 10 วินาที และการดูดเสมหะไม่ควรเกิน 1-2 ครั้ง ในแต่ละรอบของการดูดเสมหะ

4.3 ความดันที่ใช้การดูดเสมหะอยู่ระหว่าง 100- 120 มิลลิเมตรปรอท

4.4 ดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล

4.5 ก่อนทำการดูดเสมหะในรอบที่ 2 ควรให้ผู้ป่วยได้พักประมาณ 2 นาที

4.6 สังเกตและบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะดูดเสมหะ โดยให้

$O_2 \text{ sat} \geq 95 \%$

4.7 จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหรือตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อป้องกันลื่นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจและช่วยให้เสมหะ/น้ำลายไหลออกได้สะดวก

5. จัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศาโดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกับลำตัว หลีกเลี่ยงการบิดหมุนคอซ้าย ขวา ไม่มองข้อสะโพกเกิน 90 องศา ไม่ให้ปลายเท้าชิดปลายเตียง เพื่อให้การไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวกขึ้น

6. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิด Valsalva maneuver เช่น กิจกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดแรงเบ่ง เช่น การเบ่งอุจจาระและเบ่งปัสสาวะ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยบ่อย ๆ เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ การดูดเสมหะเพราะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิต หากหลีกเลี่ยงการไอ จาม ไม่ได้ แนะนำให้ผู้ป่วยอ้าปากทุกครั้งเวลาไอ หรือจาม

7. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา คือ Amlodipine (10mg) 1 tab \odot OD pc และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

8. ดูแลให้ได้รับยาลดไขมันในเลือด คือ Atorvastatin (40 mg) 1 tab \odot hs และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หลังหรือตามตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง กตเจ็บ ตะคริวกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อหดเกร็งหรือแข็งเกร็ง ปัสสาวะสีเข้มหรือสีน้ำตาล ถ่ายปัสสาวะลำบากหรือปัสสาวะออกน้อยลง

9. ดูแลให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ดังนี้

9.1 จัดอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำไม่ควรเกิน 2,000 มิลลิกรัม/วัน เพื่อลดการดูดน้ำกลับเข้าสู่กระแสเลือด

9.2 อาหารไขมันต่ำ เพื่อไม่ให้ไขมันในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น

9.3 อาหารที่เส้นใยสูง เพื่อให้สามารถถ่ายอุจจาระได้ง่ายไม่ออกแรงเบ่ง ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความดันในช่องท้องและช่องอก

10. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความเครียดและส่งผลให้ความดันโลหิตสูง

ประเมินผลการพยาบาล

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP = 120/80 mmHg, PR= 70 /min, RR= 20/min , T=36 °C , Pulse pressure = 40 mmHg ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทคงเดิม คือ รู้สึกตัวดี Glasgow coma scale =15 คณะน พุดไม่ชัด หนังตาและมุมปากข้างซ้ายตก แขนขาข้างขวาอ่อนแรง motor power เกรด 4 แขนขาซ้ายยกขยับได้ดี motor power เกรด 5, pupil \varnothing 2.5 mm RTL BE ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน ไม่มีอาการอาเจียน และปวดศีรษะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล FBS=201 mg/dl

2. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น DM type II

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะคีโตอะซิโดซิสและภาวะขาดน้ำ

2. สังเกตอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ รับประทานอาหารมาก (Polyphagia) ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) ปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) น้ำหนักลด (Weight loss)

3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะคีโตอะซิโตซิส (DKA) ได้แก่ อาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น รับประทานอาหารมาก (Polyphagia) ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) ปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) น้ำหนักลด (Weight loss) ร่วมกับอาการภาวะกรดคีโตคั่งในร่างกาย เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก (Kussmaul breathing) หมดสติ (coma) อาการของภาวะขาดน้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ซีด เป็นลมหายใจมีกลิ่น acetone

4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 0.9%NSS 1,000 ml (v) drip rate 60 ml/hr เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

5. ดูแลให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ Metformin (500 mg) 1 tab q bid ac และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ อาการของภาวะเลือดเป็นกรด เช่น หายใจเร็ว หายใจไม่อึม อึดอัด หายใจลำบาก ตัวเย็น หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นช้าหรือผิดจังหวะ ปวดกล้ามเนื้อเป็นตะคริวอย่างรุนแรง อาการภาวะน้ำตาลต่ำ เช่น ง่วงซึม มึนงง ใจสั่น เหงื่อออก ทิว

6. เจาะเลือดตรวจน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) วันละ 1 ครั้ง เช้าก่อนอาหารตามแผนการรักษา เพื่อประเมิน ระดับน้ำตาลในเลือด

7. ดูแลให้อาหารเฉพาะโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะคีโตอะซิโตซิส ผลการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) ลดลงจากเดิม อยู่ในช่วง 123-187 mg/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะและเวียนศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดศีรษะและเวียนศีรษะมาก”
2. เวลาลุกนั่งผู้ป่วยจะล้มต่า เขามือกุมบริเวณศีรษะ สีหน้าไม่สบาย
3. นอนนิ่ง เคลื่อนไหวน้อย นอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

บรรเทาอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตลักษณะอาการปวดศีรษะ เช่น ตำแหน่ง ความรุนแรงและความถี่ของการปวดศีรษะ เพื่อหาสาเหตุการปวดศีรษะ

2. ประเมินระดับอาการปวดศีรษะจากคำบอกเล่าและพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วย เช่น หน้ามืดวิงเวียน กระจกกระสาย เป็นต้น

3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอและรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด เมื่ออาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะบรรเทาลง จึงช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว อาบน้ำ

4. จัดทำนอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อให้การไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวกขึ้น ลดปริมาตรเลือดในสมอง

5. ดูแลให้ยาระงับอาการปวดศีรษะ คือ Paracetamol (500mg) 1tab \odot prn ทุก 4-6 ชั่วโมง

6. ดูแลให้ยา Dimenhydrinate (50 mg) 1 tab \odot tid pc เพื่อบรรเทาอาการเวียนศีรษะ ฝ้าระว่างอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่า หูอื้อ ปากคอแห้ง เบื่ออาหาร ท้องผูก หรือท้องเสีย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะลดลงอย่างต่อเนื่อง พักผ่อนได้ ในวันที่แพทย์จำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ สีหน้าสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากแขนขาซีขาวอ่อนแรง
ข้อมูลสนับสนุน

1. แขนขาซีขาวอ่อนแรง motor power เกรด 4
2. การลุกนั่งบนเตียง ขึ้นลงจากเตียง การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหารต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น
2. ป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนร่วมกับญาติ และนักกายภาพบำบัดในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม

2. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงและช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุกนั่ง เดิน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

3. สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active exercise ดังนี้

3.1 ให้ผู้ป่วยประสานมือ 2 ข้างเข้าด้วยกัน เหยียด ข้อศอกตรง แขนแนบหู และให้ผู้ป่วยมองตามมือทั้ง 2 ข้างขณะทำ แล้วยกแขนลง ให้ฝึกบ่อย ๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวัน

3.2 ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อขา โดยเหยียดขา 2 ข้างออกไปให้สุด ใช้มือรองใต้เข่าข้างที่กำลังฝึก จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามกดเข่าข้างนั้นลงให้ติดพื้นเตียงให้มากที่สุด ให้ฝึกบ่อย ๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันต่อข้าง

4. แนะนำญาติให้ช่วยทำ Passive exercise ให้กับผู้ป่วย เช่น งอแขนเข้า-เหยียดแขนออก งอขาเข้า-เหยียดขาออก ให้ฝึกบ่อย ๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันในแต่ละข้าง

5. ดูแลและจัดท่านอนของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ดังนี้

5.1 ท่านอนหงาย หน้าตรง วางแขนข้างอ่อนแรงบนหมอน โดยจัดทำให้มืออยู่สูงกว่าศอก และศอกอยู่สูงกว่าไหล่ หากมีอาการกำมือเกร็งควรมีของให้กำในมือ เช่น ผ้าขนหนูม้วนเล็กหรือลูกบอลนิ่มขนาดเท่าอุ้งมือจับมาใส่ไว้ในมือเพื่อป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในท่ากำ ส่วนขาข้างอ่อนแรงควรมีหมอนหนุนใต้สะโพกเพื่อป้องกันขาแบะออกด้านข้าง

5.2 ท่านอนตะแคงทับข้างแข็งแรง ให้นอนตะแคงทั้งตัว จัดไหล่ข้างอ่อนแรงงุ้มไปด้านหลัง ใช้หมอนรองแขนข้างอ่อนแรง นำหมอนรองขาข้างอ่อนแรงและจัดสะโพกงอเข้า นำเท้าไว้บนหมอนป้องกันข้อเท้าบิด

5.3 ท่านอนตะแคงทับข้างอ่อนแรง ให้นอนตะแคงทั้งตัว แขนและสะบักข้างอ่อนแรงเหยียดมาด้านหน้าและอยู่ในท่าหงายมือ ขาข้างอ่อนแรงเหยียดข้อสะโพกตรง ขาข้างแข็งแรงให้วางบนหมอนงอสะโพกและเข่า โน้มมาด้านหน้า

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

7. สังเกตบริเวณขาข้างขวาว่ามีผิวหนังบวมแดง คลำชีพจรฟีโมรัล (Femoral pulse) ปอปปิเทียล (Popliteal pulse) ด้านหลังหน้าแข้งและหลังเท้า ทดสอบ Homan's sign โดยการจับปลายเท้าให้งอขึ้นให้ข้อตึง ผล Positive จะเจ็บปวดบริเวณน่อง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำบริเวณขาขวาอีกเสบ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง คือ ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม สามารถลุกนั่งบนเตียงได้ บางกิจกรรมต้องมีคนช่วยเหลือบางส่วน ได้แก่ อาบน้ำ เดินเข้าห้องน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม กล้ามเนื้อไม่ลีบ ไม่มีข้อติดแข็ง ไม่เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณขาขวาและแผลกดทับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 การติดต่อสื่อสารบกพร่อง เนื่องจากมีความผิดปกติด้านการควบคุมการพูด
ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยพูดไม่ชัด พูดซ้ำ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นทางวาจาได้และมีความเข้าใจตรงกัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรก หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ หรือรบกวนจากภายนอก ซึ่งจะบ่งชี้สาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

2. ให้ความช่วยเหลือในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหาคำที่จะพูด หรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง

3. ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย

4. ไม่ควรพูดตะโกนหรือเสียงดัง ควรใช้เสียงพูดที่เป็นปกติ นุ่มนวล อ่อนโยน เพราะผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียการได้ยิน

5. การสนทนาแต่ละครั้งควรใช้ผู้สนทนาเพียงคนเดียว เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการตอบสนองกับผู้พูดหลายคนหรือคำพูดที่หลากหลาย

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดซ้ำ ๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้น ๆ ชัดถ้อยชัดคำ

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาหรือสื่อสาร และสามารถตอบคำถามเบื้องต้นด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่”

8. แนะนำให้ญาติกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดค่อยบ่อย ๆ เพื่อฝึกการออกเสียง

9. ฝึกการออกกำลังกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดโดยการออกเสียง อา-อู, อู-อี, อา-อี, ลัน ลัน ลัน ลา, เปอะ-เตอะ-เกอะ-เพอะ-เทอะ-เคอะ และกระดกลิ้นซ้ำ ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อที่ใช้พูดและออกเสียง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพูดคำที่มีวลีสั้นๆ ได้ชัด เช่น ใช่ ไม่ใช่ มาก น้อย ยังพูดประโยคสั้นๆ ไม่ชัด สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของตนเองได้แต่ต้องใช้ท่าทางประกอบบางครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีความบกพร่องทางการมองเห็นเนื่องจากเส้นประสาทตาขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตาข้างซ้ายมองเห็นภาพซ้อนในแนวตั้ง

2. ผลการตรวจทางจักษุวิทยา พบ incomplete left CN III palsy ลานสายตาข้างซ้ายด้านข้าง 70 องศา

3. ผล MRI พบ Lt. side acute brain stem infarction and involved CN III nucleus

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ส่งเสริมให้การมองเห็นฟื้นตัว

2. ป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากความบกพร่องทางการมองเห็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยาต้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา คือ ASA (325mg) 1 tab ☉ OD pc เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน Occipital lobe และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 (Oculomotor nerve) ได้สะดวกขึ้น

2. ควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

3. แนะนำผู้ป่วยให้บริหารกล้ามเนื้อเบ้าตา เพื่อคลายกล้ามเนื้อบริเวณเบ้าตาทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณดวงตาดีขึ้น โดยปฏิบัติ ดังนี้

3.1 ใช้นิ้วกลางกดบริเวณหัวตาแล้วหมุนเป็นรูปวงกลมเล็ก ๆ รอบบริเวณเบ้าตา

3.2 ใช้มือทั้ง 2 ข้างหุบคิ้ว 2-3 ครั้ง เลื่อนไปจนถึงปลายคิ้ว แล้วมาคลึงที่ขมับ

3.3 ใช้นิ้วมือทั้งสองข้างด้วยกันให้ร้อน แล้วเอาอุ้งมือทั้งสองมาประสานกันปิดที่ดวงตาปิดเบา ๆ ให้มีความมืดเข้าดวงตา

4. ปิดตาข้างที่มองเห็นภาพซ้อนไว้ เพื่อไม่ให้รบกวนการมองเห็นภาพของตาข้างที่มองเห็นปกติ

5. จัดวางสิ่งของที่จำเป็น เช่น ออดสัญญาณ ภาชนะอาหาร น้ำดื่ม ให้ผู้ป่วยสามารถหยิบ/เอื้อมถึงได้ง่าย

6. ปรับระดับความสูงของเตียงให้ต่ำ และยกราวกันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างทุกครั้งหลังทำกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วย

7. ช่วยเหลือกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น การลุกลงจากเตียง การเดินเข้าห้องน้ำ โดยช่วยพยุงผู้ป่วยด้านตาข้างที่มีพยาธิสภาพ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและเดินชนสิ่งของ

ประเมินผลการพยาบาล

ตาข้างซ้ายยังมองเห็นภาพซ้อนเท่าเดิม ลานสายตาของตาข้างซ้ายด้านข้างแคบ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจเนื่องจากการสูดสำลักและภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ต่ำ $T=37.6^{\circ}\text{C}$
2. มีอาการไอ จาม
3. ผล CBC พบ $\text{WBC} = 11.50 \text{ cell}/\text{mm}^3$
4. มีภาวะกลืนลำบาก
5. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น DM

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะไข้
2. ติดตามผลการตรวจเลือด CBC เพื่อประเมินปริมาณเม็ดเลือดขาวที่บ่งชี้ว่าการติดเชื้อในร่างกาย
3. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 ml เพื่อควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่และทำให้สารคัดหลั่ง เช่น เสมหะหรือน้ำมูก ไม่เหนียวจนเกินไปขับออกได้ง่าย
4. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

5. ทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก
6. ฟังเสียงปอดทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงเสมหะที่คั่งค้างในปอด
7. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้สูง ไอ หายใจเร็ว ร่วมกับฟังปอดได้ยินเสียง crepitations หรือ bronchial breath
8. ประเมินความสามารถการกลืนก่อนเริ่มอาหารเข้าทุกวัน โดยปฏิบัติ ดังนี้
 - 8.1 ทดสอบ Gag reflex และการเคลื่อนไหวลิ้นไปมา
 - 8.2 ทดสอบ Voluntary cough โดยให้ผู้ป่วยไอ
 - 8.3 ทดสอบ Dry swallow โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายของตัวเอง
9. แนะนำญาติให้ป้อนอาหารและน้ำอย่างช้า ๆ ครั้งละ 1/2- 1 ช้อนชา ป้อนอาหารในปากด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพเพื่อป้องกันการสำลัก
10. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคช่วยการกลืนขณะรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก ดังนี้
 - 10.1 นั่งตัวตรง 90 องศา ทำให้อาหารและน้ำที่อยู่ในระยะช่องปากไม่เข้าสู่ระยะคอหอยเร็วเกินไปลดการสำลักอาหารออกทางจมูก
 - 10.2 เอียงศีรษะไปด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ เพื่อให้คอหอยเอียงด้วย เมื่อกลิ้นอาหาร ๆ จะลงสู่คอหอยด้านที่แข็งแรงกว่า
 - 10.3 ก้มหน้าขณะกลืน เพื่อช่วยลดความเร็วของการกลืนทำให้อาหารผ่านจากระยะช่องปากเข้าระยะคอหอยช้าลง จะทันเวลาที่ทางเดินหายใจปิดพอดี
11. จัดท่านอนศีรษะสูงหลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30 นาทีเพื่อป้องกันการสำลักจากการไหลย้อนกลับของอาหารและกรดในกระเพาะอาหาร
12. ดูแลทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหาร เพื่อลดการสะสมเศษอาหารภายในช่องปากและเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร
13. บริหารการกลืน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อการกลืนและป้องกันการสำลัก ดังนี้
 - 13.1 ทำความสะอาดภายในช่องปาก เพื่อขจัดเสมหะหรือเศษอาหารที่ตกค้างอยู่ในช่องปาก
 - 13.2 จัดท่าผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ศีรษะตรง
 - 13.3 ฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออิมพีปาก กระพุ้งแก้ม และลิ้น โดยการยิ้ม ยิงฟัน เม้มริมฝีปาก ห่อปาก เป่าลม เคลื่อนไหวลิ้นแตะมุมปาก และริมฝีปากบน-ล่าง
 - 13.4 ฝึกให้กลืนน้ำลายตนเอง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ ไม่สำลัก ไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ ไม่มีอาการไอหรือจาม ไม่มีไข้ $T=36^{\circ}\text{C}$ ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงของเสมหะ แพทย์ไม่มีแผนการรักษาเจาะเลือดตรวจ CBC ซ้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มีโอกาสร่างกายได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการ เนื่องจากการกลืนและการเคี้ยวลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มุมปากข้างซ้ายตก มีน้ำลายไหลออกมุมปาก ไม่สามารถบังคับการเคลื่อนไหวของลิ้นได้
2. รับประทานอาหารเช้า ได้น้อย เคี้ยวอาหารที่มีลักษณะแข็งได้ไม่ละเอียด
3. กลืนน้ำได้ช้า ต้องกลืนซ้ำ 2-3 ครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
2. ผู้ป่วยกลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9%NSS 1,000 ml $\text{\textcircled{v}}$ drip rate 60 ml/hr เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอและคงความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
2. ปรับชนิดของอาหารเป็นอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย เพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถการกลืนและการบดเคี้ยวอาหารของผู้ป่วย
3. ดูแลทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหาร เพื่อลดการสะสมเศษอาหารภายในช่องปากและเป็นการส่งเสริมให้มึ้น้ำลายและความชื้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร
4. แนะนำญาติให้ป้อนอาหารและน้ำอย่างช้า ๆ ครั้งละ 1/2 - 1 ช้อนชา โดยป้อนอาหารในปากด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ หยุดป้อนเมื่ออาหารเต็มปาก รอให้กลืนอาหารในปากให้หมดก่อน เพื่อป้องกันการสำลัก
5. สร้างบรรยากาศการรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่กดดันผู้ป่วย
6. ให้การดูแลป้องกันการสูดสำลักอาหารขณะรับประทานอาหาร ดังนี้
 - 6.1 จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ขณะรับประทานอาหาร เพื่อให้อาหารและน้ำที่อยู่ในระยะช่องปากไม่เข้าสู่คอหอยเร็วเกินไป
 - 6.2 ให้เอียงศีรษะไปทางด้านที่แข็งแรง เพื่อให้อาหารอยู่ในช่องปากด้านที่แข็งแรง พร้อมกับก้มหน้าขณะกลืน เพื่อให้อาหารไหลลงไปในคอหอยด้านที่แข็งแรง และไหลช้าลง ป้องกันความเสี่ยงต่อการสำลัก

6.3 แนะนำญาติให้ป้อนอาหารและน้ำอย่างช้า ๆ ครั้งละ 1/2- 1 ช้อนชา โดยป้อนอาหารในปากด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ หยุดป้อนเมื่ออาหารเต็มปาก รอให้กลืนอาหารในปากให้หมดก่อน เพื่อป้องกันการสำลัก

6.4 หลีกเลี่ยงการถามคำถามที่ผู้ป่วยต้องพูดคุยขณะรับประทานอาหาร

6.5 จัดทำอนศิริษะสูงหลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการสำลักจากการไหลย้อนกลับของอาหารและกรดในกระเพาะอาหาร

7. บันทึกและการติดตามอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละเวรและแต่ละวัน

8. ชั่งน้ำหนักทุก 3 วัน เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมี Gag reflex ดี ไอและกลืนน้ำลายได้แต่ต้องทำซ้ำ 2-3 ครั้ง สามารถรับประทานอาหารอ่อน และอาหารลักษณะแข็งที่ตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ได้ ไม่สำลัก รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการของภาวะขาดน้ำ และภาวะโซเดียมต่ำ โปแตสเซียมต่ำ ลิ่มและเปลือกตาด้านในไม่ซีด น้ำหนักตัว 76 กิโลกรัม แพทย์ไม่มีแผนการรักษาในการเจาะเลือดส่งตรวจหาระดับอัลบูมินในเลือด ฮีมาโตคริตและฮีโมโกลิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากเจ็บป่วยกะทันหันและสูญเสียภาพลักษณ์
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามบ่อย ๆ ว่าตนเองจะหายเป็นปกติหรือไม่ และจะต้องรักษาไปนานแค่ไหน
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นนอนไม่หลับ
3. ผู้ป่วยบ่นอยากกลับบ้าน เพราะไม่อยากเป็นภาระของคนในครอบครัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารจากความเครียด ความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยจากอาการสังเกตพฤติกรรมและสอบถามญาติ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมา ชักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง เพื่อทราบประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยวิตกกังวล
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และมีความเชื่อมั่นในกระบวนการดูแลรักษา
4. อธิบายถึงการพยากรณ์โรคตลอดเลือดสมอง ปัจจุบันอัตราตายลดลงจากการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันเวลา ผู้ป่วยที่มีความพิการร้อยละ 45 จะช่วยเหลือตนเองได้ ภายใน 6 เดือนหลังการรักษา

ร้อยละ 60 จะช่วยเหลือตนเองได้ภายใน 1ปีหลังการรักษา ทั้งนี้ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับเป็นซ้ำ เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

5. ยกตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่นที่มีอัมพาตครึ่งซีกและประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและร่วมมือในการดูแลรักษา

6. สอนและแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและมือ เพื่อช่วยให้การประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้น การออกกำลังกายขาเพื่อให้การยืนและเดินดีขึ้น

7. สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจเข้า และออกช้า ๆ ลึกๆ การทำสมาธิ

8. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก

9. ดูแลให้ยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร คือ Losec (40 mg) 1 tab \odot OD ac และสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการซั๊ก อาการบวม ปวดท้องรุนแรง ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ปัสสาวะน้อยหรือบ่อยกว่าปกติ ปัสสาวะมีเลือดปน อาการของภาวะแมกนีเซียมต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ สับสน อัตราการเต้นหัวใจเร็วและไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริว ไอหรือสำลัก

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่นขึ้น ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ พุดคุยตอบคำถามกับพยาบาล และญาติที่มาเยี่ยมเป็นอย่างดี บอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี นอนหลับได้ 1 ชั่วโมงในตอนกลางวัน และ 6 ชั่วโมงในตอนกลางคืน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย/ญาติซักถามเกี่ยวกับโรคเป็นระยะ ๆ
2. ผู้ป่วย/ญาติสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพียงพอที่จะปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโรค แผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
2. ประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพื่อให้คำแนะนำญาติในการให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้
3. สอนและแนะนำวิธีการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

3.1 การรับประทานอาหาร

3.1.1 เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรือการเติมน้ำปลา อาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสหวาน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

3.1.2 ควรรับประทานอาหารมือเช้าซึ่งเป็นมื้อที่มีความสำคัญมากที่สุดเพราะเป็นมื้อที่ให้พลังงานสูงสุด ส่วนมื้อเย็นควรเป็นอาหารเบาๆ

3.1.3 แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารสูง เช่นผักใบเขียวต่าง ๆ ผลไม้ และควรดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอเพื่อช่วยในการขับถ่าย

3.1.4 ลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ความสนใจของผู้ป่วยในการรับประทานอาหารลดลง

3.1.5 การจัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้

3.1.6 ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารและน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคี้ยวและการกลืนลำบาก ดังนี้

- 1) แนะนำและฝึกวิธีการกลืนอย่างถูกวิธี
- 2) เลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน เช่น โจ๊กข้น โยเกิร์ตชั้น เจลลี่ หากอาหารเป็นชิ้นใหญ่ควรตัดอาหารให้เป็นชิ้นเล็ก อาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาวควรตัดให้สั้นเพื่อให้อาหารกลืนได้สะดวก
- 3) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหารและหลังอาหารควรนั่งต่ออีก อย่างน้อย 30 นาที
- 4) แนะนำให้ใช้จานหรือชามใส่อาหารที่มีขอบและวางบนพรมหรือผ้ารองจานที่ไม่ลื่นไหล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้มือเดียวตักอาหารรับประทานได้เอง แก้วน้ำควรเป็นรูปแบบของ noney cup โดยมีขอบด้านที่สูงกว่าและเว้าลงไป เพื่อป้องกันการหกหกน้ำไปด้านหลังขณะดื่มน้ำทำให้เกิดการสำลัก
- 5) รับประทานอาหารช้า ๆ อย่างตั้งใจและใช้เวลาสำหรับ มื้ออาหารอย่างเพียงพอ
- 6) ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำคำใหญ่เกินไป

3.2 การสอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำ หรือเช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า สวม-ถอดรองเท้า ฯลฯ

3.3 สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ active- passive exercise บริหารการกลืน บริหารดวงตา ฝึกการพูดและการออกเสียง การจัดท่านอน

3.4 แนะนำญาติเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการอาบน้ำ ห้องน้ำควรมีเหล็กช่วยยึดจับ หรือมีเก้าอี้ที่ใช้ในห้องน้ำเฉพาะ พื้นห้องน้ำควรเตรียมด้วยวัสดุผิวหยาบ เพื่อป้องกันการลื่นล้ม ก๊อก

น้ำควรรใช้ที่ยึดจับที่มีขนาดยาวมากกว่าแบบหมุน อุปกรณ์สำหรับใช้ในการอาบน้ำควรรเตรียมอยู่ในที่สะดวกต่อการหยิบใช้ เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม

3.5 เสื้อผ้า ควรเลี่ยงการใช้เสื้อผ้าที่มีขนาดคับหรือพอดีตัวมากเกินไปเพราะจะทำให้ผู้ป่วยใส่ไม่สะดวก ควรจัดหาเสื้อผ้าชนิดผ่าหน้าและใช้เทปที่เป็นแถบยืดติดและสามารถดึงออกได้ง่ายแทนกระดุมเสื้อ เพื่อสะดวกสำหรับการสวมใส่และถอดออก

3.6 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง บอกชื่อยา เหตุผลการใช้รักษา และผลข้างเคียงของยา

3.7 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

3.8 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ ดังนี้

3.8.1 ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน

3.8.2 แขน-ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น

3.8.3 มีความผิดปกติของสายตามากขึ้น

3.8.4 ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น

3.8.5 พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารมากขึ้น

3.9 ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร คือ พูดไม่ชัด ญาติควรปฏิบัติ ดังนี้

3.9.1 ควรให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหาคำที่จะพูดหรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง

3.9.2 ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร

3.9.3 ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย

3.9.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดซ้ำ ๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้น ๆ ชัดถ้อยชัดคำ

3.10 การพักผ่อน ควรเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลา พักผ่อนอย่างเพียงพอ

3.11 ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ผิวหนัง และช่องปาก

3.12 แนะนำการใช้ประโยชน์จากสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เช่น รพสต. แก่ญาติกรณีมีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการคำปรึกษา

3.13 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

3.14 ประเมินความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ สามารถบอกแผนการดูแลตนเองที่บ้านได้ และตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานยา การรักษาความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

6. ขั้นตอนการดำเนินการ

1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การซักถาม/พูดคุยและรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาเชื่อมโยงกันตามหลักวิชาการ หาความสัมพันธ์ และประมวลผลข้อมูล ทั้งระยะแรกรับ ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย

2. การวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล

2.1 ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วโดยมีข้อมูลสนับสนุน และอาการ อาการแสดงผู้ป่วยชัดเจน จากข้อมูลสนับสนุนในข้อ 1

2.2 ระบุปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยมีข้อมูลผู้ป่วยสนับสนุน บางส่วนแต่ยังไม่ชัดเจนและครอบคลุมจากข้อมูลในข้อ 1

2.3 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งทุกปัญหาจะถูกจัดลำดับตามความสำคัญของความจำเป็นต่อชีวิต

2.4 กำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาลจากพฤติกรรม อาการของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อปัญหาทางการพยาบาลถูกแก้ไขแล้ว ซึ่งกรณีศึกษารายนี้ได้กำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของการพยาบาลไว้ทุกปัญหา

2.5 กำหนดกิจกรรมพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามแผน การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล โดยคำนึงถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมาย และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพยาบาลที่กำหนดไว้

2.6 ประเมินผลการพยาบาลแต่ละปัญหาเป็นระยะ ๆ โดยตรวจสอบว่าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังบรรลุตามเกณฑ์การประเมินหรือไม่ ถ้าบรรลุตามเกณฑ์การประเมินทั้งหมด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นจะตัดออกไปจากแผนการพยาบาล ถ้าบรรลุตามเกณฑ์การประเมินเป็นบางส่วน จะปรับหรือแก้ไขในส่วนนั้น ๆ ก่อนนำไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วย และทำการประเมินอีกครั้ง ถ้าไม่บรรลุตามเกณฑ์การประเมินจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการพยาบาลใหม่ทั้งหมด

3. บันทึกทางการพยาบาล บันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เกี่ยวกับการประเมินสภาพแรกรับ การประเมินซ้ำ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่ได้อย่างครบถ้วน ชัดเจน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล และสามารถสื่อสารให้ทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพได้

4. การวางแผนจำหน่าย นำข้อมูลจากการประเมินแรกรับและในระหว่างดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล มาคาดการณ์ปัญหาสุขภาพและวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD เพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยให้ความรู้ในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

7. ผลสำเร็จของงาน (ปริมาณ/คุณภาพ)

1. ไม่เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทเพิ่มขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลง
4. ไม่มีอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ
5. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้เอง
6. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นทางวาจาได้
7. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากความบกพร่องทางการมองเห็น
8. ไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
9. ไม่เกิดภาวะขาดอาหาร สารน้ำและเกลือแร่
10. ความวิตกกังวลของผู้ป่วย/ญาติลดลง ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย
11. ผู้ป่วย/ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้สนใจจะศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด
2. ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและน้ำตาลในเลือดสูงรายอื่น ๆ สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษรวมใจเอื้อ และขยายสู่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

9. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ต้องเพิ่มการประเมินและเฝ้าระวังความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผลของระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ free fatty acids (FFA) เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะ thrombosis มากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ของ blood brain barrier ไม่สามารถควบคุมการเข้า-ออกของโมเลกุลน้ำ อีออน และโปรตีนต่าง ๆ ระหว่างภายในหลอดเลือดและเซลล์ระบบประสาทได้ จึงอาจเกิดภาวะสมองบวมมากขึ้นได้

2. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมักจะทำให้เกิดความพิการเหลืออยู่ ฉะนั้นผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดความท้อแท้สิ้นหวังต่อต้าน ไม่สนใจเวลาที่พยาบาลเข้าไปพูดคุยหรือให้คำแนะนำ ผู้ให้การพยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือฟื้นฟูศักยภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องซักงูญญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามา เป็นส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อวางแผนการจำหน่าย ในเบื้องต้นญาติอาจปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อให้ความรู้ ความ

เข้าใจ ให้คำแนะนำ และให้ลองปฏิบัติ จะทำให้ญาติเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ในที่สุด หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และต่อเนื่องก็จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติต่อไป

10. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตรวจพบว่ามึระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเนื้อสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างขึ้น และเพิ่มการบวมของเนื้อสมอง ดังนั้นการดูแลที่สำคัญ คือ 1) การเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์อย่างทันท่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทที่รุนแรงขึ้น 2) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 140-180 mg/dl และ 3) การเฝ้าระวังภาวะ metabolic acidosis

2. ผู้ป่วยรายนี้ควรเน้นเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังนั้นการให้ญาติมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งจำเป็น และต้องเตรียมความพร้อมญาติโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผลดีของการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อความเข้าใจ และยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อน จึงเริ่มแนะนำและทดลองให้ญาติปฏิบัติตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และมีเวลาฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และครบถ้วน

3. ควรมีการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่

3.1 นักกายภาพบำบัด เพื่อให้ข้อมูลและฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

3.2 โภชนากร เพื่อแนะนำการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม และตัวอย่างอาหาร

3.3 เภสัชกร เพื่อแนะนำวิธีการใช้ยา และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา

3.4 นักจิตวิทยา เพื่อดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย

3.5 นักกายอุปกรณ์ เพื่อแนะนำอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการทำกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การกลืน

4. ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควรประเมินและติดตามโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score)