

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Stroke Patients : 2 Case Studies

ดนชิตา จรัสพันธุ์
Donchida Jarusphan
โรงพยาบาลขอนแก่น
Khon Kaen Hospital

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะรักษาในโรงพยาบาล จนถึงระยะฟื้นฟู การประเมินอาการแรกเริ่มของพยาบาลมีความสำคัญในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น และนำไปสู่การจัดทำแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม โดยใช้ แบบแผนสุขภาพตามแนวคิดของ Gordon (Gordon's Functional Health Patterns) เป็นกรอบในการประเมิน

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case Study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 จากเวชระเบียน การสังเกต และสัมภาษณ์ครอบครัว ใช้ 11 แบบแผนสุขภาพของ Gordon ในการประเมินปัญหาและจัดทำตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะคัดกรองที่งานผู้ป่วยนอก ระยะรักษาใน ICU และระยะฟื้นฟู การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาเปรียบเทียบอาการ ปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจ และแนวทางการดูแลต่อเนื่องของทั้งสองกรณี

ผลการศึกษา : รายที่ 1 เป็นผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ในขณะที่รายที่ 2 เป็นผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke ได้รับการผ่าตัดลดความดันในกะโหลกศีรษะ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในด้านปัจจัยเสี่ยง การแสดงอาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และวิธีการรักษา

สรุป : การประเมินและการคัดกรองอย่างเป็นระบบในแผนกผู้ป่วยนอกช่วยให้สามารถจำแนกประเภทของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็วและนำไปสู่การส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, เปรียบเทียบกรณีศึกษา, โรคหลอดเลือดสมองตีบ, โรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

Stroke is a major global public health concern, ranking among the leading causes of death and disability in Thailand. Patients require systematic nursing care spanning the acute, inpatient, and rehabilitation phases. Initial nursing assessment is crucial for identifying patient problems. This study aimed to comparatively study two stroke cases presenting at the Outpatient Department (OPD) of Khon Kaen Hospital and to develop appropriate nursing guidelines, utilizing Gordon's Functional Health Patterns as the assessment framework.

Methods: This was a qualitative case study design, involving data collection from two stroke patients between January and March 2025. Data were gathered from medical records, observation, and family interviews. Gordon's 11 Functional Health Patterns were used to assess problems and create a comparative table of nursing diagnoses across three phases: the initial screening phase in the OPD, the treatment phase in the Intensive Care Unit (ICU), and the rehabilitation phase. Data analysis involved descriptive comparison of symptoms, risk factors, diagnostic results, and ongoing care guidelines for both cases.

Results: Case 1, a patient with Ischemic Stroke, received treatment with recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA). Case 2, a patient with Hemorrhagic Stroke, underwent surgical decompression for increased intracranial pressure. Significant differences were observed between the two cases regarding risk factors, clinical manifestation, laboratory findings, and definitive treatment.

Conclusion: Systematic assessment and screening in the Outpatient Department facilitate the rapid classification of stroke type and appropriate referral for timely and effective management.

Keywords: Stroke, Comparative Case Study, Ischemic Stroke, Hemorrhagic Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นสาเหตุหลักของความพิการระยะยาวในประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ (กรมควบคุมโรค, 2566) โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาท ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเร่งด่วนภายใน ช่วงเวลาทอง (time window) อันจำกัด เพื่อป้องกันการสูญเสียเนื้อสมองอย่างถาวรและลดความรุนแรงของความพิการที่อาจเกิดขึ้น การล่าช้าในการเข้ารับการรักษาเพียงไม่กี่นาทีที่สามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ หลักการสำคัญในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับบริการ (Powers et al., 2019) โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่สุดของการดำเนินโรค

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อนและต้องอาศัยองค์ความรู้เชิงบูรณาการ ทั้งด้านพยาธิสรีรวิทยา การประเมินทางคลินิก การจัดการภาวะฉุกเฉิน และการดูแลแบบต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะรักษาในโรงพยาบาล จนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในฐานะผู้ประเมิน ผู้ประสานงาน และผู้ให้การดูแลแบบองค์รวม (Nguyen, 2022) โดยเฉพาะในบริบทของระบบสุขภาพไทย ซึ่งพยาบาลเป็นกำลังหลักของระบบบริการสุขภาพทุกระดับในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและระยะคัดกรอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการตรวจจับอาการเริ่มต้นของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการอ่อนแรงครึ่งซีก การพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว การมองเห็นผิดปกติ หรือการเดินเซ ซึ่งมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การรับรู้และการตอบสนองต่ออาการเหล่านี้อย่างรวดเร็วจะช่วยลดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสม (Rudd et al., 2020) ในประเทศไทยบทบาทของพยาบาลคัดกรองในงานผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2564) การใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น แบบประเมิน BEFAST และ NIH Stroke Scale (NIHSS) เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทได้อย่างเป็นระบบ มีความเที่ยงตรง และสามารถสื่อสารข้อมูลทางคลินิกกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (American Heart Association, 2021) การประเมินที่รวดเร็วและแม่นยำช่วยสนับสนุนการตัดสินใจรักษา เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ ซึ่งเป็นการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ (Powers et al., 2019)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลด้านร่างกายหรือการจัดการภาวะฉุกเฉินเท่านั้น แต่จำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบทางจิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญกับความสูญเสียด้านบทบาทหน้าที่ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัญหาด้านการปรับตัว (สถาบันประสาทวิทยา, 2567) อีกทั้งพยาบาลมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้ประเมินปัญหาได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นแบบแผนการรับรู้และการจัดการสุขภาพ

โภชนาการ การขับถ่าย การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การนอนหลับ การรับรู้และการรู้คิด บทบาทและความสัมพันธ์ ตลอดจนแบบแผนการเผชิญความเครียด (Gordon, 2016) การประเมินเชิงลึกตามกรอบแนวคิดดังกล่าวช่วยให้สามารถระบุปัญหาการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ซึ่งการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย ถือเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงองค์ความรู้เชิงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของบริบทผู้ป่วย การดำเนินโรค การตอบสนองต่อการรักษา และบทบาทการพยาบาลในแต่ละระยะของการดูแล การวิเคราะห์กรณีศึกษาอย่างเป็นระบบจะช่วยให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล การตัดสินใจเชิงคลินิก และการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญของการพยาบาลระดับสูง อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ทีมพยาบาลและแพทย์ที่ร่วมดูแล แบบบันทึกกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า มีความแตกต่างที่สำคัญ ตั้งแต่ความรุนแรงเริ่มต้นและลักษณะอาการทางระบบประสาท (การรับรู้สติ) บ่งชี้ความแตกต่างของพยาธิสภาพใกล้เคียงกัน (วัยกลางคน) ระดับการศึกษาต่ำกว่าในรายที่ 2 ซึ่งอาจส่งผลต่อความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ รายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงทาง Metabolic Syndrome ชัดเจน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของ Ischemic Stroke ส่วนรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงทาง Lifestyle และ Vascular Stress ที่เชื่อมโยงกับ Hemorrhagic Stroke ผลตรวจพิเศษ (CT Brain) รายที่ 1 : Ischemic Stroke (ขาดเลือด) และรายที่ 2 : Hemorrhagic Stroke (เลือดออก) ยืนยันความแตกต่างของชนิดโรค ซึ่งเป็นตัวกำหนดแนวทางการรักษาหลัก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ FBS= 178 mg%, HbA1c = 8.2 % และ LDL= 162 mg/D ช่วยบ่งชี้การควบคุมเบาหวาน/ไขมันที่ไม่ดี ค่าความดันโลหิต =200/110 mmHg, Hct =50 Vol% บ่งชี้ถึง Hypertensive Crisis และภาวะเลือดข้นเล็กน้อย ค่าผิดปกติในรายที่ 1 สอดคล้องกับการเกิดลิ่มเลือด (Atherothrombosis) ในขณะที่ค่าความดันโลหิตสูงมากในรายที่ 2 เป็นปัจจัยกระตุ้นหลักให้เกิดการแตกของหลอดเลือด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษา 1 (Ischemic Stroke)	กรณีศึกษา 2 (Hemorrhagic Stroke)
1. อาการสำคัญ	อ่อนแรงแขนขาซีกขวา พูดไม่ชัด 2 ชั่วโมงก่อนมารพ.	หมดสติขณะทำงาน แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย
2. อายุ / เพศ / การศึกษา	อายุ 52 ปี / ชาย / จบมัธยมศึกษาตอนปลาย	อายุ 48 ปี / ชาย / จบประถมศึกษา
3. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและการรักษา	มาด้วยอาการเฉียบพลัน ได้รับการวินิจฉัยเป็น Ischemic Stroke เริ่มยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และ Admit ICU	พบหมดสติ ส่งเข้าแผนกฉุกเฉิน ตรวจพบ Hemorrhagic Stroke จาก CT-scan รักษาด้วยการผ่าตัดลดความดันในสมอง
4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีโรคร่วม: ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง รับประทานยาเนื่องจากคลินิกโรคเรื้อรัง	ไม่มีการรักษาโรคเรื้อรัง มีประวัติปวดศีรษะเรื้อรัง ไม่เคยตรวจสุขภาพ สูบบุหรี่จัด ดื่มสุราเป็นประจำ
5. ผลตรวจพิเศษ	CT Brain พบภาวะสมองขาดเลือดซีกซ้ายบริเวณ MCA	CT Brain พบเลือดออกในสมองบริเวณ basal ganglia ด้านขวา
6. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	FBS 178 mg/dL, HbA1c 8.2%, LDL 162 mg/dL, BP 160/98 mmHg	BP 200/110 mmHg, BUN/Cr ปกติ, ความเข้มข้นเลือดสูงเล็กน้อย (Hct 50%)
7. การวินิจฉัยโรค	Ischemic Stroke (L-MCA territory)	Hemorrhagic Stroke (Right Basal Ganglia)
8. การรักษาที่ได้รับ	ได้รับยา rt-PA ภายใน 3 ชั่วโมง, ฝ้าระวังสมองบวม, ควบคุมความดัน/ระดับน้ำตาลในเลือด	ผ่าตัดลดความดันในกะโหลกศีรษะ, ฝ้าระวังความดันในสมอง, ป้องกันการติดเชื้อ
9. รวมเวลา Admit	Admit 7 วัน	Admit 14 วัน

2. ผลการศึกษาแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่เหมือนกัน ในระยะประเมินแรกรับที่งานผู้ป่วยนอก แบบแผนที่ 1: ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยทั้งสองรายมาพบแพทย์ช้า อาจเกิดจากการไม่รู้จักสัญญาณเตือนของโรค ระยะรักษาในหอผู้ป่วย เหมือนกัน 3 ข้อดังนี้

แบบแผนที่ 6 : เสี่ยงต่อภาวะสมองขาดเลือดจากการขาดเลือด/เลือดออกเนื่องจากทั้งสองรายมีภาวะทางสมองจากโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic/Hemorrhagic stroke)

แบบแผนที่ 8 : เสี่ยงต่อบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเป็นวัยทำงาน มีภาระหน้าที่สูง และโรคอาจกระทบต่อการดำรงบทบาทเดิม

แบบแผนที่ 9 : เสี่ยงต่อการปรับตัวไม่เหมาะสมต่อภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องเผชิญกับโรครุนแรง อาจมีภาวะเครียดและไม่เข้าใจการดูแลตนเองหลังเจ็บป่วย

ในส่วนของคุณไขข้อแตกต่างด้านปัญหาสุขภาพซึ่งอยู่ในทุกระยะของการรักษามี 4 ข้อดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหาแบบแผนที่ 2 : เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
กรณีศึกษาที่ 2 พบปัญหาแบบแผนที่ 4 : เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น แบบแผนที่ 5 :
มีปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง อาจเป็นปัจจัยร่วมทำให้เกิด Stroke ซ้ำ และแบบแผนที่ 7 : ขาดความ
ตระหนักในการดูแลตนเอง ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	ขาดความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพที่รุนแรงเฉียบพลัน และมีปัจจัยเสี่ยงจากโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ไม่ดี (DM, HT, Dyslipidemia)	ขาดความตระหนักและละเลยการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงที่อาจเป็นสาเหตุของโรค (สูบบุหรี่, ดื่มสุรา) และไม่เคยตรวจสุขภาพ
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง (ระดับน้ำตาล/ไขมันสูง) ข้อมูลสนับสนุน: FBS 178 mg/dL, HbA1c 8.2%, LDL 162 mg/dL	ภาวะโภชนาการไม่สมดุล และอาจมีภาวะขาดน้ำ (เกี่ยวข้องกับอาการดื่มสุรา) ข้อมูลสนับสนุน: (Hct 50%) (แสดงถึงภาวะขาดน้ำ), BP สูงมาก
3. การขยับถ่ายของเสีย	ข้อมูลการขยับถ่ายแต่ก่อนป่วยปกติ แต่ในระยะเฉียบพลัน มีความเสี่ยงต่อภาวะท้องผูกหรือปัญหาการขยับถ่ายจากภาวะอ่อนแรง	ข้อมูลการขยับถ่ายแต่ก่อนป่วยปกติ แต่ปัจจุบัน อยู่ในระยะเฉียบพลัน มีความเสี่ยงต่อปัญหาการขยับถ่าย เนื่องจากภาวะหมดสติ/ต้องผ่าตัด และความเสี่ยงจากการใช้ยา
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ก่อนป่วยไม่ออกกำลังกาย ปัจจุบันบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีภาวะอ่อนแรงแขนขาซีกขวา	ก่อนป่วยไม่ออกกำลังกาย ปัจจุบันมีภาวะหมดสติและอ่อนแรงแขนขาซีกซ้าย
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ข้อมูลก่อนป่วยการพักผ่อนนอนหลับยาก และปัจจุบันเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีการรบกวนการนอนเนื่องจากความเจ็บป่วย กังวลต้องนอนโรงพยาบาล	ข้อมูลการนอนก่อนป่วยหลับๆ ตื่นๆ ปัจจุบันอยู่ในระยะเฉียบพลัน มีการรบกวนการนอนรุนแรงจากภาวะวิกฤต การผ่าตัด และการเฝ้าระวังใน ICU
6. สติปัญญาและการรับรู้	การสื่อสารและการรับรู้บกพร่อง มีอาการพูดไม่ชัด (Dysarthria หรือ Aphasia), สมองขาดเลือดซีกซ้าย บริเวณ MCA (ภาษาและการรับรู้)	การรับรู้บกพร่องรุนแรง จากภาวะหมดสติ และมีการบาดเจ็บ/เลือดออกในสมอง บริเวณ Basal Ganglia ด้านขวา
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคมเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและความบกพร่อง	มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวอย่างฉับพลัน เจ็บป่วยรุนแรงและนาน
8. บทบาทและสัมพันธภาพใน ครอบครัว	บทบาทในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน	มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวอย่างฉับพลัน จากปัจจุบันป่วยฉุกเฉิน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
9.เพศและการเจริญพันธุ์	ความเจ็บป่วยและการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย (อ่อนแรง) อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตทางเพศและความรู้สึกมั่นใจในตนเอง	อาการรุนแรงและการผ่าตัดอาจส่งผลกระทบต่อความต้องการทางเพศและภาพลักษณ์ของตนเอง
10.การเผชิญและทนต่อความเครียด	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การพยากรณ์โรค และความสามารถในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ	ความเสี่ยงต่อความเครียด/กังวลของครอบครัวจากการเจ็บป่วยรุนแรงและไม่คาดคิด (หมดสติ)
11.คุณค่าและความเชื่อ	ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการอ่อนแรงและการพูดไม่ชัด ซึ่งกระทบต่อความมั่นใจในตนเอง	การสูญเสียภาพลักษณ์และความรู้สึกควบคุมตนเอง เนื่องจากภาวะหมดสติ การต้องพึ่งพาผู้อื่น และการได้รับการผ่าตัดใหญ่

3. เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีของผู้ป่วย 2 ราย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย 2 ราย มีความแตกต่างกันทางพยาธิสภาพ การเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์การรักษา กรณีที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยและรักษาเร็วสามารถให้ยา rt-PA ได้ทันและมีแนวโน้มฟื้นตัวเร็ว ส่วนกรณีที่ 2 มีพฤติกรรมเสี่ยงและไม่ได้รับการดูแลสุขภาพมาก่อน ทำให้เกิดภาวะรุนแรงและต้องรักษาด้วยการผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ช่วงระยะเวลา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษา 1 Ischemic Stroke	กรณีศึกษา 2 Hemorrhagic Stroke
ระยะคัดกรอง/ แรกรับที่ OPD	1.เสี่ยงต่อการทำงานของระบบประสาท ลดลงจากอาการเฉียบพลันของ Stroke 2.ความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร เนื่องจากการพูดไม่ชัด 3.ญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ฉับพลันของผู้ป่วย	1.เสี่ยงต่อการทำงานของระบบประสาท ลดลง จากอาการเฉียบพลันของ Stroke 2.ความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร เนื่องจากหมดสติ 3.ญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ฉับพลันของผู้ป่วย

ช่วงระยะเวลา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษา 1 Ischemic Stroke	กรณีศึกษา 2 Hemorrhagic Stroke
ระยะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (ICU)	4.เสี่ยงต่อภาวะสมองบวม จากผลข้างเคียงการได้รับยา rt-PA 5.ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย แขนขาอ่อนแรง 6.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว	4.เสี่ยงต่อภาวะสมองบวมจากเลือดออกในสมอง 5.มีการรับรู้บกพร่องจากภาวะหมดสติ 6.เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการใส่ท่อช่วยหายใจและหลังผ่าตัด
ระยะฟื้นฟู/ติดตามอาการที่ OPD	7.ขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังโรคหลอดเลือดสมอง 8.เสี่ยงต่อการเกิด Stroke ซ้ำจากควบคุมโรคประจำตัวไม่ดี 9.ภาวะเศร้า ความท้อแท้ หรือฟุ้งเฟ้อ ครอบครัวยากเกินไป	7.ขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังโรคหลอดเลือดสมอง 8.ภาวะเศร้า ความท้อแท้ หรือฟุ้งเฟ้อ ครอบครัวยากเกินไป

4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ของกรณีของผู้ป่วย 2 ราย โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ความแตกต่างกิจกรรมการพยาบาล
	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำงานของระบบประสาทลดลงจากอาการเฉียบพลันของ Stroke	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำงานของระบบประสาทลดลงจากอาการเฉียบพลันของ Stroke	
1.การประเมินและการจัดการเวลา	ซักประวัติ "เวลาที่ทราบว่าเป็นครั้งสุดท้าย (Last Known Well)" และบันทึกเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลอย่างแม่นยำที่สุด	ซักประวัติอาการนำและการหมดสติอย่างรวดเร็วจากญาติ เน้นเวลาเกิดเหตุและประวัติการล้ม/อุบัติเหตุ (ถ้ามี)	รายที่ 1 เน้นเรื่อง Time-to-Treatment ส่วน ส่วนรายที่ 2 เน้น Severity and Cause
2. การประเมินทางระบบประสาท	ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทโดยใช้ NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) ทันทีที่มาถึงและติดตามซ้ำ	ประเมินระดับความรู้สึกตัวด้วย GCS (Glasgow Coma Scale) และประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs) เพื่อหา Cushing's Triad	รายที่ 1 ใช้ NIHSS เพื่อดู eligibility, ส่วนรายที่ 2 ใช้ GCS เพื่อดูความรุนแรงของ ICP

กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ความแตกต่างกิจกรรมการพยาบาล
3. การจัดการเสถียรภาพ	ตรวจวัดและควบคุมความดันโลหิตตามแนวทาง (Permissive Hypertension) ก่อนการรักษา rt-PA และควบคุมอย่างเข้มงวดหลังได้รับยา	รายงานแพทย์เรื่อง BP= 200/110 mmHg บริหารยาต้านความดันโลหิตตามแผนการรักษา	รายที่ 1 ควบคุม BP อย่างระมัดระวัง (Permissive) รายที่ 2 ควบคุม BP อย่างเข้มงวด (Aggressive)
4. การเตรียมการรักษา	ประสานงานกับทีม Stroke Alert เพื่อส่งผู้ป่วยไป CT Brain และตรวจ Lab ที่จำเป็น (เช่น PT/INR, Platelet) ภายใน 20 นาที	เตรียมผู้ป่วยสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือการผ่าตัดฉุกเฉิน และเตรียมอุปกรณ์เฝ้าระวัง ICP	รายที่ 1 เน้นการให้ยา Rt-PA รายที่ 2 เน้นการ ลด ICP (ยา/ผ่าตัด)
	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 2 ความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 2 ความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร	
1. การประเมินความสามารถในการสื่อสาร	ประเมินลักษณะของความสามารถบกพร่อง (Dysarthria หรือ Aphasia) เพื่อปรับวิธีการสื่อสาร	ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการสำลัก (Aspiration Risk) เนื่องจากผู้ป่วยหมดสติและไม่มี Gag Reflex	รายที่ 1 เน้นการสื่อสาร รายที่ 2 เน้น Airway Management
3. การจัดการทางเดินหายใจ	เฝ้าระวังสัญญาณของภาวะสำลัก (Aspiration) โดยเฉพาะในช่วงแรก	จัดทำให้ผู้ป่วยที่เหมาะสม, เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ, เฝ้าระวังและเตรียมพร้อมสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจหากจำเป็น	รายที่ 1 เสี่ยงต่อ Aspiration สูงกว่ามากในรายที่ 2
	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 3 ญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉับพลันของผู้ป่วย	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 3 ญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉับพลันของผู้ป่วย	
1. การให้ข้อมูลที่ทันเวลา	อธิบายภาวะโรคและเน้นย้ำความจำเป็นในการให้ rt-PA ภายในระยะเวลาที่กำหนด (Time is Brain) เพื่อลดความวิตกกังวลจากการรอคอย	อธิบายความรุนแรงของอาการ (หมดสติ) และความจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิต/การผ่าตัดฉุกเฉิน	รายที่ 1 เน้น Speed and Opportunity รายที่ 2 เน้น Severity and Life-Saving
2. การสนับสนุนทางอารมณ์	ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจว่าทีมงานกำลังทำงานอย่างเต็มที่ตามมาตรฐานสากล	ให้กำลังใจญาติอย่างใกล้ชิดในขณะที่กำลังพิจารณาเรื่องการผ่าตัดฉุกเฉิน	รายที่ 2 ให้การสนับสนุนที่เข้มข้นกว่าเนื่องจากภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต
3. การประสานงาน	เป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างญาติกับแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องข้อห้ามในการใช้ rt-PA	อำนวยความสะดวกให้ญาติพบแพทย์เพื่อรับทราบและให้ความยินยอมในการผ่าตัดลด ICP โดยเร็วที่สุด	การประสานงานในการให้ยา ร่วมกับการประสานงานในการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ความแตกต่างกิจกรรมการพยาบาล
	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะสมองบวมจากผลข้างเคียงได้รับยา rt-PA	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะสมองบวมจากเลือดออกในสมอง	
1.จัดการความเสี่ยงทางระบบประสาทและแรงดันในกะโหลกศีรษะ (ICP)	1.เฝ้าระวังงเลือดออกโดยประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาท NIHSS ทุก 15-60 นาที (ตามช่วงเวลาหลังให้ rt-PA) เน้นสัญญาณ Hemorrhagic	1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS และ Neurological Signs (รูม่านตา, การตอบสนอง) อย่างสม่ำเสมอ เน้นสัญญาณ	รายชื่อ 1 เสี่ยงต่อ ICP สูงจาก ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา (เลือดออกหลัง rt-PA) ส่วนรายชื่อ 2 เสี่ยงจาก พยาธิสภาพของโรค
	2. ควบคุมความดันโลหิต: ให้อยู่ในเป้าหมายหลัง rt-PA อย่างเคร่งครัด (เช่น BP Systolic < 180 mmHg) เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในบริเวณที่ขาดเลือด	2. จัดทำและการดูแล: จัดทำ ศีรษะสูง 30 องศา และให้ ศีรษะอยู่ในแนวกลาง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่ม ICP (เช่น Valsalva, การดูดเสมหะรุนแรง)	รายชื่อ 1 ความดันโลหิตที่สูงเกินไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังการให้ rt-PA รายชื่อ 2 เน้นการ ลด ปริมาตรในกะโหลกศีรษะผ่านการจัดการท่าทางและการควบคุมสิ่งกระตุ้น
	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 5 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย แขนขาอ่อนแรง	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 5 มีการรับรู้บกพร่องจากภาวะหมดสติ	
1.จัดการความบกพร่องทางร่างกายและการรับรู้	1. Early Mobilization: เริ่มต้นการฟื้นฟูและกายภาพบำบัด (Passive/Active-Assistive ROM) ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกที่สำคัญชันษิต	1. Unconscious Care: ดูแลทางเดินหายใจ (Ventilator Care) อย่างเคร่งครัด, ดูแลเสมหะอย่างนุ่มนวล, ดูแลสุขอนามัย ทั้งตา, ปาก, ผิวหนัง	รายชื่อ 1 มุ่งเน้นการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันความพิการถาวรตามแนวคิด "Time is Function" รายชื่อ 2 เน้นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้ตัว และการจัดการทางเดินหายใจ ซึ่งสำคัญกว่าการฟื้นฟูในขณะนั้น
	2. จัดทำเพื่อป้องกันภาวะข้อติดและแผลกดทับที่อาจเกิดจากการอ่อนแรงและนอนนาน	2. ป้องกัน Aspiration: ดูแลการให้อาหารทางสาย (NG tube) และจัดทำที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะสำลักในผู้ป่วยที่ขาด Gag Reflex	รายชื่อ 2 สัมพันธ์กับการรับรู้ที่บกพร่อง ทำให้กิจกรรมพยาบาลเน้นการช่วยชีวิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ความแตกต่างกิจกรรมการพยาบาล
	<p>ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 6</p> <p>เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว</p>	<p>ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 6</p> <p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการใส่ท่อช่วยหายใจและหลังผ่าตัด</p>	
<p>การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากรอยโรคและจัดการด้านการติดเชื้อ</p>	<p>1. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเป้าหมายอย่างเคร่งครัด</p>	<p>1. ดูแลแผลผ่าตัด (Craniotomy) และสายระบาย (Drain) ด้วยหลักการปลอดเชื้อ Aseptic Technique อย่างเคร่งครัด</p>	<p>รายชื่อ 1 มีปัจจัยเสี่ยงจากโรคเดิม (DM, Dyslipidemia) ที่ต้องควบคุมเพื่อป้องกัน การลุกลามของรอยโรคขาดเลือด (Hyperglycemia ทำให้สมองบวมแฉ่ง) และป้องกันการติดเชื้อ ส่วนรายชื่อ 2 มีการรูกล้ำสูงกว่า (ผ่าตัดสมอง, ใส่ท่อช่วยหายใจนาน, สายสวน) ทำให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบสูงกว่ามาก</p>
	<p>2. Secondary Prevention: บริหารยาควบคุมความดันโลหิต ยาลดไขมัน และเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p>		<p>รายชื่อ 1 หลังได้รับ rt-PA เป็นการจัดการกับความเสี่ยงจากการรักษา (Bleeding) ควบคุมปัจจัยเสี่ยงรอง (Metabolic) และการเริ่มต้น การฟื้นฟู ในขณะที่การพยาบาลผู้ป่วย ส่วนรายชื่อ 2 จัดการกับความเสี่ยงจากพยาธิสภาพ และโอกาสติดเชื้อที่รุนแรงกว่า บทบาทพยาบาลคือการควบคุมต้นเหตุของโรคขาดเลือด</p>
	<p>ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 7</p> <p>ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง หลังโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 7</p> <p>ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง หลังโรคหลอดเลือดสมอง</p>	
<p>1 ให้ข้อมูลด้านยาที่ต้องใช้ต่อเนื่อง</p>	<p>เน้นให้ความรู้เรื่อง ยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดไขมัน และยาควบคุมความดันโลหิตและเบาหวาน ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p>	<p>เน้นให้ความรู้เรื่อง ยาควบคุมความดันโลหิตเป็นหลัก และยาอื่น ๆ ที่แพทย์สั่ง</p>	<p>รายชื่อ 1 มีความซับซ้อนของยามากกว่า เนื่องจากต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากหลอดเลือดตีบ ส่วนรายชื่อ 2</p>

กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ความแตกต่างกิจกรรมการพยาบาล
			เน้นยาควบคุมความดันเพื่อป้องกันการแตกซ้ำ
2 ให้ข้อมูลด้านอาหาร	แนะนำอาหารที่ปรุงเอง เน้นลดหวาน ลดไขมัน ลดเค็ม เพื่อควบคุมความดันโลหิต เบาหวาน และไขมัน (สอดคล้องกับประวัติ HT, DM, Dyslipidemia)	แนะนำอาหาร Low-Salt เป็นหลัก เพื่อควบคุมความดันโลหิต (สอดคล้องกับประวัติ BP 200/110) และงดการดื่มสุรา	รายชื่อ 1 ต้องควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดเพื่อจัดการ Metabolic Syndrome ส่วนรายชื่อ 2 เน้นการควบคุมความดันและปัจจัยเสี่ยงด้าน Lifestyle
3 การฟื้นฟูและกายภาพ	ทบทวนวิธีการทกายภาพบำบัดสำหรับแขนขาขวาที่อ่อนแรง และให้คำแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อความปลอดภัย	ทบทวนวิธีการทำกายภาพบำบัดสำหรับแขนขาซ้ายที่อ่อนแรง และให้คำแนะนำการดูแลในระยะยาว (ต้องเน้นกับผู้ดูแลหลัก)	ทั้งสองรายชื่อต้องได้รับการฟื้นฟูเหมือนกัน แต่รายชื่อ 2 อาจมีปัญหาด้าน Cognitive impairment ร่วมด้วยทำให้การเรียนรู้ด้วยตนเองจำกัด
	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 8 ภาวะเศร้า ความท้อแท้ หรือ ฟุ้งฟิงครอบครัวยาวเกินไป	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 8 ภาวะเศร้า ความท้อแท้ หรือ ฟุ้งฟิงครอบครัวยาวเกินไป	
1.การประเมินสุขภาพจิต	ประเมินอาการซึมเศร้าหลัง Stroke (Post-Stroke Depression) และสอบถามความรู้สึกท้อแท้ต่อการฟื้นฟู และการกลับไปทำงาน	ประเมินอาการซึมเศร้าหลัง Stroke อย่างละเอียด เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงจากความรุนแรงของโรคและการหมดสติ	ผู้ป่วยทั้งสองรายชื่อต้องได้รับการประเมินเหมือนกัน แตกต่างที่บริบท
2.ให้การสนับสนุน	ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระ	ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ป่วยอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวันสูงกว่า และให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม	รายชื่อ 1 เน้นการฟื้นฟู ความเป็นอิสระ ของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนรายชื่อ 2 เน้นการสนับสนุนผู้ดูแลเนื่องจากความบกพร่องถาวรที่อาจรุนแรงกว่า
3.การส่งต่อ	แนะนำช่องทางการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วย Stroke ในชุมชนหรือในโรงพยาบาล และปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ หากพบปัญหาการปรับตัว	แนะนำช่องทางการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและการบรรเทาภาระของผู้ดูแล	ภาวะฟุ้งฟิงครอบครัวยาวในรายชื่อ 2 ทำให้ความเครียดของผู้ดูแลสูงตามไปด้วย การพยาบาลจึงต้องขยายขอบเขตไปถึงครอบครัวด้วย
	ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิด Stroke ซ้ำจากควบคุมโรคประจำตัวไม่ดี		
1 การติดตามผลตรวจทาง	นัดติดตามผลตรวจ (FBS, HbA1c, LDL) ในครั้งถัดไป และเปรียบเทียบกับค่าเดิม		มีข้อมูลเพิ่มเติมที่สัมพันธ์กับการควบคุมโรคประจำตัวไม่ดี กิจกรรมพยาบาลจึงมุ่งเน้น

กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ความแตกต่างกิจกรรมการพยาบาล
ห้องปฏิบัติการเป็นประจำ			การติดตามและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อลดการเกิดลิ้มเลือดซ้ำ
2 การปรับพฤติกรรมเสี่ยง	ให้คำปรึกษาเพื่อควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายอย่างเหมาะสมตามภาวะอ่อนแรง		รายที่ 1 เน้นควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้าน Lifestyle ที่มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการแตกของหลอดเลือด (BP 200/110 และประวัติสูบ/ดื่มจัด)

อภิปรายผล

การศึกษานี้ได้เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อเน้นย้ำความสำคัญของการประเมินแรกรับที่นำไปสู่การจัดการรักษาที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง การเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้งสองรายเน้นย้ำว่า การคัดกรองอย่างเป็นระบบ ณ งานผู้ป่วยนอกมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากอาการแรกรับของทั้งสองราย (อ่อนแรงและหมดสติ) นำไปสู่การวินิจฉัยที่ต่างกันบนพื้นฐานของ CT-Scan การจัดการเวลา กรณีศึกษา 1 เป็นตัวอย่างของความสำเร็จในการจัดการผู้ป่วย Ischemic Stroke ภายในช่วงเวลาทอง เพื่อให้ยา rt-PA ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Powers, et al., 2019) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง กรณีศึกษา 2 แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่รุนแรงของ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการควบคุม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของ Hemorrhagic Stroke¹⁰ และนำไปสู่ความจำเป็นในการผ่าตัดลดความดันในกะโหลกศีรษะ นอกจากนี้พยาบาลคัดกรองจำเป็นต้องใช้ความรู้ความชำนาญในการจำแนกประเภทของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็ว เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลเฉพาะทาง (Stroke Fast Track) ได้อย่างทันท่วงที และใช้ Gordon's FHP (Gordon, 2016) เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมมิติทางด้านพฤติกรรม (กรณี 2) และการจัดการโรคเรื้อรัง (กรณี 1) ต่อไป ในส่วนของบทบาทของการพยาบาลในการพยาบาลระยะฟื้นฟูสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง ที่งานผู้ป่วยนอกเป็นการบูรณาการด้านการพยาบาล ที่เน้นการป้องกันการเกิดซ้ำ (Secondary Prevention) Ischemic Stroke มุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้าน Metabolic Syndrome (DM, Dyslipidemia) การปรับอาหารอย่างเข้มงวด เพื่อควบคุมสาเหตุของการอุดตัน ส่วน Hemorrhagic Stroke: มุ่งเน้นการควบคุม ความดันโลหิต และ พฤติกรรมเสี่ยง (สูบ/ดื่ม) อย่างเข้มงวด เพื่อลดแรงดันที่ผนังหลอดเลือดและป้องกันการแตกซ้ำ (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2564) นอกจากนี้การฟื้นฟูและสุขภาพจิต ทั้งสองรายมีความเสี่ยงต่อภาวะท้อแท้แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 2 มีพยาธิสภาพที่รุนแรงกว่า (หมดสติและผ่าตัด) จึงมีแนวโน้มที่จะมีความบกพร่องคงค้างสูงกว่า ดังนั้นการพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านอารมณ์และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก (พรทิพยรตา สุขรินทร์บุลภรณ์, 2564)

โดยสรุป การประเมินแรกรับอย่างเป็นระบบ การคัดกรองที่รวดเร็ว และการใช้กรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่ครอบคลุม เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. พรทิพย์รดา สุขรินบุญภรณ์.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจกรีฑ, 1(2), 113 – 129.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2564). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ พยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- American Heart Association. (2021). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*, 52(4), e364–e467.
- Gordon, M. (2016). *Manual of nursing diagnosis* (13th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Nguyen, T., Qureshi, A. I., & Qureshi, M. (2022). Early recognition of stroke in outpatient settings: The role of nurses. *Journal of Stroke Nursing*, 15(2), 89–94.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., et al. (2019). Guidelines for the early management of acute ischemic stroke. *Stroke*, 50(12), e344 – e418.
- Rudd, A. G., Bowen, A., Young, G. R., & James, M. A. (2020). National clinical guideline for stroke. *Clinical Medicine*, 20(3), 224–231.
- World Health Organization. (2022). *Stroke, cerebrovascular accident*. Geneva: WHO.