



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะฟื้นฟู: กรณีเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care for Ischemic Stroke Patients during the Rehabilitation Period:

2 Comparative Cases

Lalana ruamthum, R.N.

ลลนา รวมธรรม, พย.บ.

Medical Nursing Division

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

Yasothon Hospital, Yasothon Province

โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

Lalana.lal9@gmail.com

Received: Jul 20, 2024

Revised: Aug 28, 2024

Accepted: Sep 3, 2024

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองตีบตันเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบในผู้ใหญ่วัยทำงานเพิ่มสูงขึ้น ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 15 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะฟื้นฟู กรณีเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา: วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะฟื้นฟู คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลยโสธร ในวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2567

ผลการศึกษา: พบว่า 1) กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยวัย 76 ปี มาด้วย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว ก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด พบ Progressive Stroke ชั่วโมงที่ 30 มีอาการอ่อนแรงแขนขาซ้ายมากขึ้น เฝ้ารอภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ได้ให้ Antibiotic ให้อาหารทางสายยาง อาการดีขึ้น แต่ยังเดินไม่ได้ Motor Power Left Upper 1/Lower Grade 2, Right Grade 5 All ส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน ดูแลแบบ Intermediate Care จำนวน วันนอน 14 วัน นัดติดตาม 1 เดือน 2) กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยวัย 49 ปี มาด้วย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ตรวจพบเป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ให้อาหารทางสายยาง 3 วันแรก รับประทานอาหารได้เอง เดินได้ใช้ไม้ค้ำยัน Motor Power Left Upper 1/Lower Grade 3, Right Grade 5 All จำหน่ายทุเลา จำนวนวันนอน 19 วัน นัดติดตาม 2 สัปดาห์ 3) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด 12 ข้อ เหมือนกัน 9 ข้อ แตกต่างกัน 3 ข้อ ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย มีการฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม จนสามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

สรุป: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน ได้ให้การดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย เฝ้ารอวัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีกระบวนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับและสามารถจำหน่ายทุเลา กลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน, การพยาบาล

Abstract

Ischemic stroke is a severe neurological disease often found in the elderly. Nowadays, it is found in increasing numbers of adults of working age. Each year, approximately 15 million people worldwide suffer a stroke. On average every 6 seconds, at least 1 person dies from a stroke. It is the second leading cause of death in the world.

Objectives: The studies and compare nursing care for ischemic stroke patients during the rehabilitation period. Two comparison cases.

Method: The analysis of the situation of Ischemic stroke patients in the rehabilitation period. Select 2 specific case studies, treatment beds in the Stroke Unit and special medicine ward, Yasothon Hospital from 1 March 2024 to 30 June 2024.

Results: The study found that 1) Case Study 1: A 76-year-old Thai woman comes to the hospital with weakness in her left limb, slurred speech, and a distorted face. The 7 hours before coming to the hospital, she received antiplatelet medication. A progressive stroke was found 30 minutes later, she had more weakness in the left limb. Watch out for high intracranial pressure and pneumonia from aspiration. Antibiotics were given and fed through a tube. She can't walk and has motor power in her left upper 1/lower grade 2, right grade 5 all, Refer back to the community hospital for intermediate care, the number of bed days was 14 days, and the follow-up appointment was 1 month. 2) Case Study 2: A 49-year-old Thai man came with weakness in his left arm, slurred speech, and crooked mouth. 5 hours before coming to the hospital, he received antiplatelet medication. Diabetic diagnosed and high blood fat feeding through a tube for the first 3 days, eating by mouth. Can walk using crutches, motor power left upper 1/lower grade 3, right grade 5 all, sold for relief, number of bed days were 19 days, follow-up appointment 2 wks. 3) Two case studies total 12 nursing diagnoses, 9 of which were the same, and 3 were different. They received care from the initial admission period, continuation period, and discharge period. There is rehabilitation comprehensive distribution planning until being able to control and prevent various complications.

Conclusion: Both case studies had ischemic stroke and provided care from the first period of admission, continuing phase, discharge phase, monitoring, and prevention of various complications. There is a systematic process for rehabilitating patients. Comprehensive distribution planning As a result, the patient's condition gradually improved, and discharged, go back and live with family.

Keywords: Ischemic Stroke, Nursing

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันพบในผู้ใหญ่วัยทำงานเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 15 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2563 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และรายงานจากองค์กรอัมพาตโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน ประเทศไทยมีรายงานปี พ.ศ. 2561-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ¹ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2561-2564 เท่ากับ 202, 217, 222 และ 221 ตามลำดับ² ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั้งทั่วโลกและประเทศไทย

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) พบได้ร้อยละ 20 เกิดจากความดันโลหิตสูงหรือเส้นเลือดโป่งพองในสมอง และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) พบได้ร้อยละ 80 เกิดจากไขมันเกาะบริเวณหลอดเลือดสมองหรือลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดมักมีอาการทันทีทันใด ได้แก่ อาการหน้าเบี้ยวครึ่งซีก อาการอ่อนแรงแขนหรือขาครึ่งซีก อาการพูดไม่ชัด กลืนลำบาก ไม่เข้าใจภาษา นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ เช่น เวียนศีรษะ เดินเซ ทinnitus ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความบกพร่องของระบบประสาท (Neurologic Deficits) ร้อยละ 20-30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลหรืออาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ได้แก่ อายุมาก เพศชาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1211, 1183 และ 1187 รายตามลำดับ จำหน่ายทุเลา ร้อยละ 71.74, 78.92 และ 81.98 ตามลำดับ ได้รับการวางแผนจำหน่าย ร้อยละ 80.00, 78.92 และ 81.98 ตามลำดับ ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน ยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ร้อยละ 2.92, 2.34 และ 2.88 ตามลำดับ และการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะโรคแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 1.7, 2.8 และ 0.8 ตามลำดับ การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 1.2, 0.98 และ 0.9 ตามลำดับ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 2.9, 2.9 และ 1.8 ตามลำดับ³ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ หากผู้ดูแลมีความรู้เรื่องประเมินภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกวิธี ผู้ป่วยสามารถหายจากโรค ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Rehabilitation in Acute Phase) เป็นระยะที่มีการฟื้นตัวของระบบประสาทตามธรรมชาติ (Natural Spontaneous Neurological Recovery) หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม มักจะเกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังเป็นโรค ดังนั้น การจัดกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ตามสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะทุพพลภาพ ลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ผู้ศึกษาเป็นผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะฟื้นฟู พบปัญหาและความยุ่งยากในการดูแล และให้การพยาบาลจากผู้ป่วยมีโรคร่วมและความรุนแรงของตำแหน่งการขาดเลือดของสมองจากการตีบตันของหลอดเลือดในสมอง การหาผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปดูแลที่บ้านมีความสำคัญมาก โดยผู้ดูแลหลักจะต้องได้รับการสอน การฝึกปฏิบัติในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมีแบบแผนและครอบคลุม ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะฟื้นฟู กรณีศึกษา 2 ราย



พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic Stroke)

ความหมาย โรคที่มีกลุ่มอาการทางระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยมักมีอาการทันทีทันใด แต่จะใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน ถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่แรกนั้นจะสามารถลดอัตราการตายและพิการลงได้มากหรือสามารถกลับมาใช้ชีวิตแบบคนปกติได้

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง 1) โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า 80% เกิดจากตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ 2) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรกคือประมาณ 20%

ปัจจัยเสี่ยง 1) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพศ โดยเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 2) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่าง ๆ

อาการ พบอาการขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย ได้แก่ อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก ตามองไม่เห็น ภาพซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งหมด มองเห็นภาพซ้อน มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่า ภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) ซึ่งพบได้ประมาณ 15%

การรักษา โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ได้รับการรักษาที่รวดเร็วถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการของผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นตามลำดับ และอาจกลับมาเป็นปกติได้ภายใน 6 เดือน ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมอง และในระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหวเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เป้าหมาย คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาระของญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด โดยสามารถเริ่มตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน เมื่ออาการผิดปกติของระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง โดยระยะแรกจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่เคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อติด แผลกดทับ ภาวะ Orthostatic Hypotension หรือภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน (Deep Vein Thrombosis) โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง สอนการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ การลดความวิตกกังวล ความกลัวต่าง ๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะฟื้นฟู กรณีเปรียบเทียบ 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะฟื้นฟู กรณีศึกษา 2 ราย ที่นอนรักษาตัวใน Stroke Unit และหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลยโสธร ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567



วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาค้นคว้างานวิจัย ตำราที่เกี่ยวข้อง หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากแพทย์ผู้รักษา
2. เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลยโสธรอย่างน้อย 3 วัน ขออนุญาตผู้ป่วยและผู้ดูแลในการซักประวัติและใช้ผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนให้การพยาบาล
3. กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายและตัวชี้วัด ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการพยาบาลโดยประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน นำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ติดตาม และประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
4. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา พร้อมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ สรุปและจัดทำเอกสารวิชาการเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการบอกกล่าวและขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้วยวาจา และได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและญาติ หัวหน้างาน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยวัย 76 ปี มาด้วย ตื่นกลางดึก แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยวด้านซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง แกร็บรู้สึกตัวดี E3V5M6, NIHSS = 7 คะแนน, Pupil 3 min RTLBE, Facial Palsy Left, Severe Dysarthria, Motor Power Left Upper Grade 3/Lower Grade 4, Right Grade 4 all, DTX = 125 mg%, V/S: T = 37.1 °C, PR 84 bpm, RR = 22 bpm, BP = 187/68 mmHg, CT Brain: Acute Cerebral Infarction at Right MCA ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาต้านเกล็ดเลือด ยา Cerebrolysin พบภาวะ Progressive Stroke อาการอ่อนแรงซีกซ้ายมากขึ้น มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ให้ Antibiotic 7 วัน คาสายให้อาหารทางสายยาง อาการทุเลา Refer กลับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ยา Cerebrolysin ครบ 20 วัน คะแนน ADL = 4 คะแนน ต้องพึ่งพาทั้งหมด รวมจำนวนวันนอน 14 วัน นัด Follow-up 1 เดือน การติดตามโทรศัพท์เยี่ยมที่ 2 สัปดาห์ หลังไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน 3 วัน ถอดสายให้อาหารทางสายยาง สามารถรับประทานอาหารได้เอง ยังเดินไม่ได้ อยู่บนเตียงตลอด ยังต้องช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยวัย 49 ปี มาด้วย หลังตื่นนอน แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวด้านซ้าย ก่อนมา 5 ชั่วโมง แกร็บ รู้สึกตัวดี E4V5M6, NIHSS = 11 คะแนน, Pupil 3min RTLBE, Facial Palsy Left, Severe Dysarthria, Motor Power Left Grade 1 all, Right Grade 5 all, DTX = 170 mg%, V/S: T = 36.6 °C, PR 70 bpm, RR = 20 bpm, BP = 147/100 mmHg, CT Brain: Acute Cerebral Infarction at Right MCA ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาต้านเกล็ดเลือด ยา Cerebrolysin 10 วัน ให้อาหารทางสายยาง 3 วัน รับประทานเองได้ ตรวจพบโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เริ่มให้การรักษาครั้งแรก เริ่มเดินได้ ใช้ไม้ค้ำยัน จำหน่ายทุเลา คะแนน ADL = 10 คะแนน (พึ่งพาปานกลาง) รวมจำนวนวันนอน 19 วัน นัด Follow-up 2 สัปดาห์ การติดตามโทรศัพท์เยี่ยมที่ 2 สัปดาห์ มาตามนัดแล้ว ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เดินเองใช้ไม้ค้ำยัน FBS = 142 mg% เลิกบุหรี่ เลิกแอลกอฮอล์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลทั่วไป			
เพศ	หญิง	ชาย	
อายุ	76 ปี	49 ปี	อายุแตกต่างกัน
สถานภาพสมรส	คู่	โสด	
สัญชาติ	ไทย	ไทย	
ศาสนา	พุทธ	พุทธ	
การศึกษา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง	
ที่อยู่	อ.กุดชุม จ.ยโสธร	อ.เมือง จ.ยโสธร	
วันที่เข้ารับการรักษา	16 มีนาคม 2567	26 มีนาคม 2567	
วันที่จำหน่าย	30 มีนาคม 2567 (14 วัน)	14 เมษายน 2567 (19 วัน)	จำนวนวันนอนใกล้เคียงกัน
อาการสำคัญ	แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยวข้างซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง	แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวข้างซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง	อาการแสดงเหมือนกันคือมี อาการอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด
ประวัติการเจ็บป่วยใน ปัจจุบัน	7 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ตื่นกลางดึก แขนขาข้างซ้ายอ่อน แรง พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยวข้างซ้าย ญาติพาไปโรงพยาบาลกุดชุม Refer มา	5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล หลังตื่นนอน แขนขาข้างซ้าย อ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวข้าง ซ้าย ญาตินำส่งโรงพยาบาล	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่ เข้าเกณฑ์การให้ยาละลายลิ่ม เลือดทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากต้องได้รับยาภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ ⁴
ประวัติการใช้ยาและ สารเสพติด	ปฏิเสธ	ดื่มสุราและสูบบุหรี่ทุกวัน	การดื่มสุราและสูบบุหรี่ เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากในเพศชาย ดังเช่นกรณีศึกษาที่ 2
เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	Acute cerebral infarction at right MCA	Acute cerebral infarction at right MCA	ตำแหน่งสมองมีพยาธิสภาพ บริเวณตำแหน่งเดียวกัน
การวินิจฉัยโรค	Acute cerebral infarction due to thrombosis in right MCA, Aspirate pneumonia, Hypertension, Hyperlipidemia	Acute cerebral infarction due to thrombosis in right MCA, Diabetes Mellitus, Hyperlipidemia	
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ผิดปกติ	-โซเดียม 128 มิลลิโมล/ลิตร -LDL 221 mg/dL	-FBS=170 mg% -LDL 213 mg/dL	มีภาวะไขมันในเลือดสูง เหมือนกัน กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจ พบเบาหวานครั้งแรก



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
-ASA(81)1X1 po pc	-ASA(81)1X1 po pc	-กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการรักษาที่เหมือนกัน กลุ่มยาที่ได้รับ 1) Antiplatelet ได้ Aspirin loading dose 300 mg และ plan ให้ DAPT (Dual antiplatelet Therapy) 3 เดือนให้ ASA (81) และ Plavix (75) คู่กันเพื่อป้องกัน Recurrent Stroke ส่วน Anticoagulant ไม่ได้ให้ทั้ง 2 ราย 2) Statin ได้ Atorvas (40) 3) Vitamin Bco ช่วยในการบำรุงปลายประสาท กระตุ้นความจำ 4) ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร 5) Cerebrolycin 6) Folic เพื่อป้องกันไม่ให้สารโฮโมซิสทีน (homocysteine) ในเลือดสูงซึ่งสารนี้จะกระตุ้นการก่อตัวของลิ่มเลือดและทำลายหลอดเลือดเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ⁵ 7) กลุ่มยาโรคประจำตัว ในกรณีศึกษาที่ 2 ได้ยารักษาโรคเบาหวานจากตรวจพบครั้งแรก 8) กลุ่มยาอื่นๆ กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยาปฏิชีวนะเพิ่มจากมีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก -กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ระยะแรกได้ใส่สายยางให้อาหารเหมือนกัน เพราะมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน
-Plavix(75)1x1 po pc	-Plavix(75)1x1 po pc	
-Atorvas(40)1x1 po hs	-Atorvas(40)1x1 po hs	
-Losec(20)1x1 po ac	-Losec(20)1x1 po ac	
-Folic 1x1 po pc	-Folic 1x1 po pc	
-Bco 1x3 po pc	-Bco 1x3 po pc	
-Cerebrolysin 3 amp + NSS100 ml iv OD	-Cerebrolysin 3 amp + NSS100 ml iv OD	
-BD 1:1 200 CCX4 feed	-BD 1:1 200 CCX4 feed	
-Senokot 2x1 po hs	-Senokot 2x1 po hs	
-Sertraline(50)1/2x hs	-Sertraline (50)1x1 po hs	
-Amlol(5)1x1 po pc	-Enaril(5) 1x2 po pc	
-Enaril(5) 1x2 po pc	-Lorazepam(1)1x1 po hs	
-Bisolvon1x3 po pc	-MFM(500)1X2 po pc	
-Cef-3 2 gm iv OD	-GPZ(5)1x2 po ac	
-Clindamycin 600mg iv q 8 hr		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง	กรณีศึกษาที่ 1 ผู้สูงอายุ มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงจากการศึกษาของ วิทวัส ศิริวงศ์ ⁶ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเพศหญิง 47.90% มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง 76% ไขมันในเลือดสูง 45.5% ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.68 เท่า เนื่องจากหากมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบ (Atherosclerosis) ภาวะไขมันในเลือดสูงพบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.90 เท่า เนื่องจากทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ความยืดหยุ่นลดลง ไขมันสะสมตามผนังหลอดเลือดเกิดการอุดตันได้ เมื่อเป็นทั้ง 2 โรคยิ่งส่งเสริมให้เกิดหลอดเลือดตีบตัน ⁷
-หญิงไทย อายุ 76 ปี	-ชายไทย อายุ 49 ปี	
-เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงมา 10 ปี	-ประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่ทุกวัน (10-20 มวน/วันมากกว่า 10 ปี	
-ชอบรับประทานอาหารประเภทของทอด อาหารหวานและผลไม้สด	-ตรวจพบเบาหวานครั้งแรก FBS=170 mg%	
-ข้าวเหนียวสลับข้าวสวย	-ตรวจพบไขมันในเลือดสูง LDL=213 mg/dL	
-BMI 27.54 อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2	-ชอบรับประทานข้าวเหนียวของทอด อาหารรสหวาน	
-LDL=221 mg/dL	-ลาบก้อย อาหารสุกดิบๆ	
	-ขับถ่ายสลับท้องผูกผอมไม่เพียงพอ	
		กรณีศึกษาที่ 2 เพศชายที่อายุน้อยกว่า 50 ปีเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยคือ สูบบุหรี่ 83% ดื่มสุรา 80.7% ⁸ สุราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน 2.52 เท่า ทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย หลอดเลือดแข็งตัวผิดปกติ ส่วนบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน 1.89 เท่า เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินกระตุ้นการหลั่ง Catecholamine ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เกิดลิ่มเลือด หลอดเลือดตีบตันได้ง่าย เมื่อเป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ยิ่งส่งเสริมให้หลอดเลือดแข็งตัวและตีบตันตามมาได้ง่าย ⁷



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ตื่นกลางดึก แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยวซีกซ้าย ก่อนมา 7 ชั่วโมง (Onset 03.00 น. 16 มี.ค. 67) แกร็บ รู้สึกตัวดี E3V5M6, NIHSS=7 คะแนน, pupil 3 min RTLBE, facial palsy left, severe Dysarthria, motor power left upper grade 3 /lower grade 4, right grade 4 all DTX=125 mg%, V/S: T=37.1 °C, PR 84 bpm, RR= 22 bpm, BP=187/68 mmHg, CT Brain: Acute cerebral infarction at right MCA	พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง หลังตื่นนอน แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ด้านซ้าย ก่อนมา 5 ชั่วโมง (Onset 05.00 น. 25 มี.ค. 67) แกร็บ รู้สึกตัวดี E4V5M6, NIHSS=11 คะแนน, pupil 3 min RTLBE, facial palsy left, severe Dysarthria, motor power left grade 1 all, right grade 5 all DTX=170 mg%, V/S: T=36.6 °C, PR 70 bpm, RR=20 bpm, BP=147/100mmHg CT Brain: Acute cerebral infarction at right MCA	- ตำแหน่งขาดเลือดของสมอง Right Middle Cerebral Artery (MCA) ซึ่งประกอบด้วย สมองใหญ่ส่วนหน้า, ส่วนข้าง, ส่วนขมับ, Basal ganglion, Internal capsule, Thalamus ทำให้มีอาการอ่อนแรงและสูญเสียความรู้สึก ซีกซ้าย บริเวณใบหน้า แขน ลำตัวและขา พูดได้ลำบาก พูดทวนคำไม่ได้ แต่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด มักเกิดร่วมกับอัมพาตของใบหน้า อาจพบการมองเห็นภาพครึ่งซีก หมายถึง ภาวะที่ตาทั้งสองข้างเห็นภาพแหงครึ่งซีก โดยภาพที่หายไปจะถูกแบ่งโดยแกนในแนวตั้งกลางลำตัวและภาพจะแหงไปในด้านเดียวกันทั้งสองตา การเคลื่อนไหวของตาดึงไปจากแนวปกติ และมีปัญหาการเดิน ซึ่งบริเวณสมองขาดเลือดจะมากหรือน้อยขึ้นกับปริมาณของ Collateral Circulation ที่มาช่วยเลี้ยงสมองที่ขาดเลือด จะเริ่มมีภาวะสมองบวมใน 12-24 ชั่วโมงแรก และเกิดมากสุดใน 3-5 วัน มีภาวะเลือดออก (Hemorrhagic Transformation) เกิดใน 24-48 ชั่วโมง ⁹ - กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกด้านซ้ายจะเป็นตรงข้ามกับที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งจะพบได้ 90% เป็นแบบ Hemiparesis และพบ Facial Weakness - กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการอ่อนแรงมากกว่า motor power left grade 1 all แสดงให้เห็นถึงสมองมีการขาดเลือดมากกว่า จากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม การดื่มสุรา สูบบุหรี่ พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน¹⁰

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง มา 20 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา รับทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน รายละเอียดของโรคได้รับทราบแต่ยังไม่เข้าใจ ยังต้องการขอข้อมูลเพิ่มเติม	ปฏิเสธโรคประจำตัว ตรวจพบโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงครั้งแรก ระบุว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน แต่ยังไม่ทราบการปฏิบัติตัว	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาการดูแลสุขภาพ และมีโรคประจำตัวพบปัญหา 1) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน¹⁰ (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ชอบของทอด อาหารหวานและผลไม้สด ข้าวเหนียวสลับข้าวสวย BW 75 kg สูง 165 cms BMI 27.54 kg/m ² (อ้วนระดับ 2) วันแรกมีอาการไอกลืนลำบากต้องใส่ NG tube ไม่มีอาการอึดแน่นท้อง ผล Lab โขเลสเตอรอล 128 มิลลิโมล/ลิตร LDL 221 mg/dL	ชอบรับประทานข้าวเหนียว อาหารทอด ก๋วยเตี๋ยว อาหารหวาน BW 63 kg สูง 160 cms BMI 24.60 (น้ำหนักเกิน) ไอบเวลากลืนอาหาร กลืนลำบากใส่ NG tube ผล Lab FBS=170 mg% LDL 213 mg/dL ที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมและภาวะน้ำหนักเกิน กลืนลำบาก ไอ เสี่ยงต่อการสำลักและค่าไขมัน LDL สูงทั้ง 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะไขมันดีต่ำ กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
3. การขับถ่าย	-การขับถ่ายอุจจาระ วันเว้นวัน ปัสสาวะปกติ -ขณะป่วยมีภาวะท้องผูก ไม่ถ่าย 5 วัน	-ก่อนป่วยอุจจาระ ปัสสาวะปกติทุกเช้า -ขณะป่วยมีภาวะท้องผูก ไม่ถ่าย 4 วัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะท้องผูก
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	-ปกติไม่ได้ออกกำลังกาย -ขณะป่วยอยู่บนเตียง อ่อนแรงแขนขาซ้าย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย แขนขาซ้ายอ่อนแรง motor power left upper grade 0/lower grade 1, right grade 4 all, Left facial palsy, Fall risk score=8 คะแนน (เสี่ยงสูง) อยู่บนเตียง ทำกิจกรรมบนเตียงทุกอย่าง ต้องช่วยในการทำ ความสะอาดปากและฟัน ให้ช่วยเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้า ขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระได้ ต้องเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม	-ไม่ได้ออกกำลังกาย ขับรถหกล้อ รับจ้างเดินทางตลอด -ขณะป่วยนอนบนเตียง อ่อนแรงแขนขาซ้าย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย แขนขาซ้ายอ่อนแรง facial palsy left, severe Dysarthria, motor power left grade 1 all, right grade 5 all, Fall risk score=8 คะแนน (เสี่ยงสูง) อยู่บนเตียง ทำกิจกรรมบนเตียงทุกอย่าง ต้องช่วยในการทำ ความสะอาดปากและฟัน ให้ช่วยเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้า ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้ ต้องเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบปัญหาในแบบแผนนี้ คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับข้อติดข้อไหล่เคลื่อนเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว 2) เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย 3) ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังแขนขาอ่อนแรง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ปกติผู้ป่วยนอนวันละ 6-8 ชั่วโมง อยู่บ้าน ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอาการนอนไม่หลับ หลับยาก เนื่องจากความกังวลเรื่องการเจ็บป่วย	ปกติผู้ป่วยนอนวันละ 4-5 ชั่วโมง ต้องขับรถกลางคืนพักผ่อนน้อย ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอาการกลางคืนนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท เนื่องจากความกังวลเรื่องการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบปัญหาแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย
6.สติปัญญาและการรับรู้	เรียนจบประถมศึกษา 4 อ่านออกเขียนได้ หลั่งเจ็บป่วย สื่อสารได้ พูดไม่ค่อยชัด E3V5M6 รับรู้ ความรู้สึกรู้สึกปวดได้	เรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออกเขียนได้ ขณะป่วยสื่อสารได้ E4V5M6 พูดไม่ค่อยชัด รับรู้ ความรู้สึกรู้สึกปวดได้	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบปัญหาการติดต่อสื่อสารบกพร่องพูดไม่ชัด

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน¹⁰ (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตน ขณะป่วยยอมรับเข้าใจการเจ็บป่วย แขนขาซ้ายอ่อนแรง มีผลต่อ ภาพลักษณ์ กำลังใจยังดีจากลูกหลาน แต่ยังมีสีหน้ากังวล	ขณะป่วยยอมรับเข้าใจการเจ็บป่วย แขนขาซ้ายอ่อนแรง มีผลต่อภาพลักษณ์ การทำงาน มีกำลังใจดี จากครอบครัว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย อยากกลับไปขับรถรับจ้างเหมือนเดิม	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบปัญหา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ภาวะการเจ็บป่วย
8. บทบาทและ สัมพันธภาพ	ผู้ป่วยเป็นยาย ในครอบครัวมีสมาชิก 8 คน รักใคร่กันดี บุตรสาวเป็นผู้ดูแล ภายในครอบครัวมีความรักใคร่กลม เกลียว สามัคคีกันดี จากการสังเกต ในขณะดูแลผู้ป่วย มีญาติผลัดเปลี่ยน กันมาเยี่ยม มาเฝ้าไข้ทุกวัน ผู้ป่วยมี สัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ทีม สุขภาพ ยอมรับการรักษาพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการรักษา	โสด ขับรถรับจ้างอยู่ต่างจังหวัด กลับมา บ้านแล้วป่วย ครอบครัว 5 คน พี่สาว น้องสาวและหลานสะใภ้ดูแล ภายใน ครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียว สามัคคีกันดีจากการสังเกตในขณะดูแล ผู้ป่วย มีญาติผลัดเปลี่ยนกันมาเยี่ยม มา เฝ้าไข้ทุกวัน ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ยอมรับการ รักษาพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการรักษา	กรณีศึกษาทั้ง 2 ไม่พบปัญหานี้
9. เพศและการเจริญ พันธุ์	ปกติ และไม่มีการติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ พฤติกรรมที่แสดงออก เหมาะสมกับเพศ จากท่าทาง การพูด การแสดงออกหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลต่างเพศหรือเพศเดียวกัน การ แสดงออกทางเพศเหมาะสม การ แต่งงานมีบุตร	ปกติและไม่มีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โสด พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับ เพศ จากท่าทาง การพูด การแสดงออก หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างเพศ หรือเพศเดียวกัน ไม่มีการติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	กรณีศึกษาทั้ง 2 ไม่พบปัญหานี้
10. การปรับตัว และการเผชิญกับ ความเครียด	ปรับตัวได้ แต่มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยากเดินได้และ อยากกลับบ้าน	ปรับตัวได้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อยากเดินได้กลับไปขับรถรับจ้างได้	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบปัญหา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ เป็น
11. คุณค่า และความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ ชอบทำบุญไปวัดเป็นประจำ	ถือศาสนาพุทธ เข้าวัดเทศกาลงานบุญ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ไม่พบปัญหานี้



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	ระยะแรกเริ่ม
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด
วิเคราะห์เปรียบเทียบ: ระยะแรกเริ่ม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาเหมือนกัน	
ระยะต่อเนื่อง	ระยะต่อเนื่อง
1. มีภาวะปวดอ้ากเสบจากการสำลัก	1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ	2. มีโอกาสเกิดภาวะปวดอ้ากเสบจากการสำลัก
3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกล็ดเลือด	3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกล็ดเลือด
4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยา Cerebrolysin	4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยา Cerebrolysin
5. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับข้อติดข้อไหล่เคลื่อนเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว	5. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับข้อติดข้อไหล่เคลื่อนเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว
6. การติดต่อสื่อสารบกพร่องพูดไม่ชัด	6. การติดต่อสื่อสารบกพร่องพูดไม่ชัด
7. เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย	7. เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย
8. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังแขนขาอ่อนแรง	8. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังแขนขาอ่อนแรง
9. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง	9. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง
10. มีภาวะท้องผูก	10. มีภาวะท้องผูก
วิเคราะห์เปรียบเทียบ: ระยะต่อเนื่อง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คนละ 10 ข้อ เหมือนกัน 8 ข้อ ที่แตกต่าง คือ กรณีศึกษาที่ 1 มี 2 ข้อคือ 1) มีภาวะปวดอ้ากเสบจากการสำลัก 2) มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ที่แตกต่างมี 2 ข้อ คือ 1) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2) มีโอกาสเกิดภาวะปวดอ้ากเสบจากการสำลัก	
ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย
ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เมื่อส่งตัวกลับโรงพยาบาลชุมชน	ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน
วิเคราะห์เปรียบเทียบ: ระยะจำหน่าย แตกต่างกัน เนื่องจากกรณีศึกษาที่ 1 ส่งตัวกลับโรงพยาบาลชุมชน เข้าสู่ Intermediate Care ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จำหน่ายทุเลา	

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะแรกเริ่ม	ระยะแรกเริ่ม	
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด แขนขาซ้ายอ่อนแรง, E3V5M6, BP=187/68 mmHg, CT Brain: Acute cerebral infarction at right MCA	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด แขนขาซ้ายอ่อนแรง, E4V5M6, BP=147/100 mmHg, CT Brain: Acute cerebral infarction at right MCA	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ให้กิจกรรมการพยาบาลไม่แตกต่างกัน
วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	แต่กรณีศึกษาที่ 1 ณ ชั่วโมงที่ 30 มีภาวะ Progressive Stroke อาการอ่อนแรงซีกซ้ายเพิ่มขึ้น จากสมองขาดเลือดมากขึ้น โดยสมองขาดเลือดจะมากขึ้นหรือน้อยขึ้นกับปริมาณของ collateral circulation ที่มาช่วยเลี้ยงสมองที่ขาดเลือด
เกณฑ์การประเมินผล: GCS ไม่ลดลงจากเดิม ≥ 2 , Pupil ไม่แตกต่างกันเกิน 1 mm. และ RTLBE, ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ตามัว, keep BP $\leq$ 220/120 mmHg	เกณฑ์การประเมินผล: GCS ไม่ลดลงจากเดิม ≥ 2 , Pupil ไม่แตกต่างกันเกิน 1 mm. และ RTLBE, ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ตามัว, keep BP $\leq$ 220/120 mmHg	



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การพยาบาล: Observe Neurological signs ทุก 1 hr. if GCS drop ≥ 2 pupil ไม่เท่ากัน, อ่อนแรงมากขึ้น, ปวดศีรษะมาก, อาเจียน รายงานแพทย์, Keep BP $\leq 220/120$ mmHg ถ้ามากกว่า plan ให้ Nicardipine, Stat ASA (300) loading dose, ให้ O₂ Therapy keep SpO₂ $\geq 95\%$ ดูแลให้ผู้ป่วย Absolute bed rest หลีกเลี่ยง การเบ่งถ่าย การไอ เป็นต้น การประเมินผล: ชั่วโมงที่ 30 อาการอ่อนแรงมากขึ้น motor power left upper ลดลงจาก grade 3 เป็น 0 /lower ลดลงจาก grade 4 เป็น 1 เป็น Progressive Stroke PB=181/78 mmHg ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน E3V5M6, BP อยู่ในช่วง 168/87-190/102 mmHg, SpO₂=97-99%	การพยาบาล: Observe Neurological signs ทุก 1 hr. if GCS drop ≥ 2 pupil ไม่เท่ากัน, อ่อนแรงมากขึ้น, ปวดศีรษะมาก, อาเจียน รายงานแพทย์, Keep BP $\leq 220/120$ mmHg ถ้ามากกว่า plan ให้ Nicardipine, Stat ASA (300) loading dose, ให้ O₂ Therapy keep SpO₂ $\geq 95\%$ ดูแลให้ผู้ป่วย Absolute bed rest หลีกเลี่ยง การเบ่งถ่าย การไอ เป็นต้น การประเมินผล: E4V5M6 ไม่เกิดภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน BP อยู่ในช่วง 127/76-146/65 mmHg GCS=15, SpO₂=98-99%	ซึ่งเริ่มมีภาวะสมองบวมใน 12-24 ชั่วโมงแรกและเกิดมากที่สุด ใน 3-5 วัน มีภาวะเลือดออก (Hemorrhagic Transformation) เกิดใน 24-48 ชั่วโมง⁹
ระยะต่อเนื่อง	ระยะต่อเนื่อง	
ไม่พบปัญหา	1.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง: FBS=170mg% วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เกณฑ์การประเมินผล: DTX 80-200 mg% การพยาบาล: ประเมิน DTX ทุก 12 ชม. ดูแลให้ Metformin (500)1x2 po pc, Glipizide (5)1x2 po ac ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังให้ยา ปรับการรับประทานอาหารเฉพาะที่จัดให้ เพื่อให้เหมาะสมกับการปรับขนาดยา ประเมินผล: DTX 135-285 mg% ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	กรณีศึกษาที่ 2 มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงและมีน้ำตาลสะสมอยู่ในกระแสเลือดเป็นเวลานานส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัว อัตราการไหลเวียนเลือดไปยังสมองน้อยลง เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันได้
1.มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก: T=38.2 °C, กลืนลำบาก ไอบ่อย severe Dysarthria, CXR มี infiltration LLL วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดอักเสบ เกณฑ์การประเมินผล: V/S: BT < 37.8 °C, RR 14-20 /min, SpO₂ $\geq 95\%$, ไม่เกิดการสำลัก การพยาบาล: ประเมินการกลืน ประเมิน Vital sign ทุก 4 ชม. ติดตามอาการไข้สูงเช็ดตัวลดไข้ ดูแลให้ Ceftriazone 2 gm iv OD, Clindamycin 600 mg iv ทุก 6 hrs., ใส่ NG tube feed BD 200 ml x 4 feed ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	2.มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก: กลืนลำบาก ไอบ่อย severe Dysarthria วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดอักเสบ เกณฑ์การประเมินผล: V/S: BT < 37.8 °C, RR 14-20 /min, SpO₂ $\geq 95\%$, ไม่เกิดการสำลัก การพยาบาล: ประเมินการกลืนตามแนวทาง ประเมิน Vital sign ทุก 4 ชม. ใส่ NG tube feed BD 200 ml x 4 feed ประเมินอาการเหนื่อยหายใจหอบ ไอมีเสมหะ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ให้การพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่กรณีศึกษาที่ 1 เป็น Progressive stroke ที่มีอาการทรุดลงชั่วโมงที่ 30 การกลืนลำบาก เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก และต้องให้ Antibiotic



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประเมินผล: ได้ ATB ครบ 7 วัน ไม่มีไข้ Lung clear ไม่ไอ, ยังคาสายให้อาหารไว้ 2.มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ: Na=128 mmol/L อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีอาการซึม ชักเกร็ง, Na 135-145 mmol/L การพยาบาล: ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนขา ดูแลให้ 0.9%NSS iv drip 100 mL/hr. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินผล: Na = 141 mmol/L อาการอ่อนเพลียดีขึ้น อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้น 3.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกล็ดเลือด: ได้รับ ASA(81) และ Plavix(75) วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีภาวะเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ไม่ปวดท้อง ไม่อาเจียน การพยาบาล: ประเมินอาการอึดแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะมีเลือดปน ดูแลให้ยา Losec(20)1x1 po ac ประเมินผล: ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด 4.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยา Cerebrolysin: ได้ยาฉีด 10 วัน วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากการได้รับยา Cerebrolysin เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีอาการร้อนวูบวาบ, ตำแหน่งให้ยาไม่มีบวมแดง, Temp < 37.8 °C การพยาบาล: ผสมยา 3 amp ใน 0.9%NSS 100ml iv drip in 1hr. หากมีอาการแสบร้อนบริเวณที่ฉีดให้ปรับยาช้าลง ประเมินอาการหนาวสั่นปวดศีรษะ มีไข้ ประเมินตำแหน่งแทงเข็มก่อนให้ยา หากเจ็บหรือปวดให้เปิดเส้นเลือดใหม่ ประเมิน Temp ทุก 4 hrs. ประเมินผล: -ไม่มีอาการแสบร้อนจากการให้ยา -หลุดเลือดดำไม่อักเสบ	ประเมินผล: ไม่มีไข้ Lung clear ไม่ไอ, Day ที่ 4 เริ่มให้อาหารทางปาก ไม่มีอาการสำคัญ ไม่พบปัญหา 3.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกล็ดเลือด: ได้รับ ASA(81) และ Plavix(75) วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีภาวะเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ไม่ปวดท้อง ไม่อาเจียน การพยาบาล: ประเมินอาการอึดแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะมีเลือดปน ดูแลให้ยา Losec(20)1x1 po ac ประเมินผล: ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด 4.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยา Cerebrolysin: ได้ยาฉีด 10 วัน วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากการได้รับยา Cerebrolysin เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีอาการร้อนวูบวาบ, ตำแหน่งให้ยาไม่มีบวมแดง, Temp < 37.8 °C การพยาบาล: ผสมยา 3 amp ใน 0.9%NSS 100ml iv drip in 1hr. หากมีอาการแสบร้อนบริเวณที่ฉีดให้ปรับยาช้าลง ประเมินอาการหนาวสั่นปวดศีรษะ มีไข้ ประเมินตำแหน่งแทงเข็มก่อนให้ยา หากเจ็บหรือปวดให้เปิดเส้นเลือดใหม่ ประเมิน Temp ทุก 4 hrs. ประเมินผล: -ไม่มีอาการแสบร้อนจากการให้ยา -หลุดเลือดดำไม่อักเสบ	กรณีศึกษาที่ 1 ผู้สูงอายุมีภาวะโซเดียมต่ำ ซึ่งจะส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น กลืนลำบาก พูดลำบาก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ต้นตอรับแก้ไขปัญหานี้ ยากลุ่ม Antiplatelet drugs ได้แก่ Aspirin และ Clopidogrel กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย plan ให้ DAPT (Dual antiplatelet Therapy) 3 เดือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ไม่แตกต่างกัน



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
5.เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน เนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว: motor power left upper ลดลงจาก grade 3 เป็น 0 /lower ลดลงจาก grade 4 เป็น 1, right เพิ่มจาก grade 4 เป็น 5 all, Braden score = 13 คะแนน วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน การพยาบาล: ประเมิน Braden score ทุกเวร ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. ประเมินผิวหนังและดูแลไม่ให้เปื่อยขึ้น กระตุ้นการช่วยเหลือตนเอง การทำกายภาพบำบัด การบริหารข้อต่างๆ ด้านซ้ายที่อ่อนแรง ทำบ่อยครั้งได้ การนั่งใช้หมอนรองยกไหล่ซ้ายขึ้น ขณะเคลื่อนย้ายระวังการดึงรั้งข้างที่อ่อนแรง ประเมินผล: ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อไม่ติด ไม่มีข้อไหล่เคลื่อน ให้ความร่วมมือดี Braden score =17 คะแนน (กลุ่มเสี่ยง)	5.เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน เนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว: motor power left grade 1 all, right grade 5 all Braden score = 15 คะแนน วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน การพยาบาล: ประเมิน Braden score ทุกเวร ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. ประเมินผิวหนังและดูแลไม่ให้เปื่อยขึ้น กระตุ้นการช่วยเหลือตนเอง การทำกายภาพบำบัด การบริหารข้อต่างๆ ด้านซ้ายที่อ่อนแรง ทำบ่อยครั้งได้ การนั่งใช้หมอนรองยกไหล่ซ้ายขึ้น ขณะเคลื่อนย้ายระวังการดึงรั้ง ประเมินผล: ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อไม่ติด ไม่มีข้อไหล่เคลื่อน ให้ความร่วมมือดี นั่งได้ เริ่มเดินได้ Braden score = 19 คะแนน (ไม่เสี่ยง)	อาการอ่อนแรงครึ่งซีก โดยเฉพาะแขนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันพบ 80% และระยะเรื้อรังพบ 40% อาการอ่อนแรงส่งผลต่อการใช้งาน 50-70% ในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่อ่อนแรงน้อยถึงปานกลาง แขนจะกลับมาใช้งานได้ 71% ระยะเวลาที่ดีที่สุดในการส่งเสริมการใช้แขนคือ 2-6 สัปดาห์หลังเกิดโรค¹¹
6.การติดต่อสื่อสารบกพร่องพูดไม่ชัด: facial palsy left, severe Dysarthria วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสื่อสารบอกความต้องการได้เหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล: สามารถแสดงความคิดและเข้าใจคำพูดของคนอื่น ผักผ่อนให้สามารถสื่อสารได้ การพยาบาล: ขณะพูดหันหน้าเข้าหาคนไข้ ไม่ทำกิจกรรมอื่นร่วมด้วย พูดด้วยคำง่ายๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบ ให้ความสนใจในการตอบคำถามไม่ตอบแทนผู้ป่วย ไม่ตะโกน ไม่ใช้คำพูดที่ทำให้รู้สึกมีปมด้อย ประเมินผล: สามารถพูดสื่อสารได้ชัดเจน	6.การติดต่อสื่อสารบกพร่องพูดไม่ชัด: facial palsy left, severe Dysarthria วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสื่อสารบอกความต้องการได้เหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล: สามารถแสดงความคิดและเข้าใจคำพูดของคนอื่น ผักผ่อนให้สามารถสื่อสารได้ การพยาบาล: ขณะพูดหันหน้าเข้าหาคนไข้ ไม่ทำกิจกรรมอื่นร่วมด้วย พูดด้วยคำง่ายๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบ ให้ความสนใจในการตอบคำถามไม่ตอบแทนผู้ป่วย ไม่ตะโกน ไม่ใช้คำพูดที่ทำให้รู้สึกมีปมด้อย ประเมินผล: สามารถพูดสื่อสารได้ชัดเจน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการฝึกพูดจนสามารถสื่อสารได้ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ไม่แตกต่างกัน
7.เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย: motor power left upper ลดลงจาก grade 3 เป็น 0 /lower ลดลงจาก grade 4 เป็น 1, right เพิ่มจาก grade 4 เป็น 5 all วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม การพยาบาล: ประเมิน Fall risk score ทุกเวร ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังและป้องกัน ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จัดของไว้ใกล้มือ หยิบจับง่าย มีญาติเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด	7.เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย: motor power left grade 1 all, right grade 5 all วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม การพยาบาล: ประเมิน Fall risk score ทุกเวร ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังและป้องกัน ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จัดของไว้ใกล้มือ หยิบจับง่าย มีญาติเฝ้าดูอย่างใกล้ชิด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน แต่ต้องเฝ้าระวังอุบัติเหตุตกเตียงเมื่อกลับไปบ้านโดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับไปอยู่บ้าน 31.6% มีความเสี่ยงต่ำ 27.2% มีความเสี่ยงสูง¹²



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประเมินผล: ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง Fall risk score = 8 เสี่ยงสูง 8.ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังแขนขาอ่อนแรง: motor power left upper ลดลงจาก grade 3 เป็น 0/lower ลดลงจาก grade 4 เป็น 1, right เพิ่มขึ้น grade 4 เป็น 5 all นอนบนเตียงตลอด วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น เกณฑ์การประเมินผล: สามารถเคลื่อนไหวได้เองมากที่สุด พัฒนาทักษะที่ต้องใช้ในการเคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อแขนขาไม่อ่อนแรงลง ไม่เกิดกล้ามเนื้อสับเล็ก ข้อติดแข็ง การพยาบาล: ระยะแรกรับอาการยังไม่คงที่ให้การพยาบาลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเริ่มจากกิจกรรมง่ายๆ คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ สอนญาติในการดูแล ประเมินผล: ยังอ่อนแรงซีกซ้าย motor power left upper 1/lower grade 2, right grade 5 all, เดินไม่ได้ ต้องช่วยเหลือทั้งหมด อยู่บนเตียงตลอด 9.แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง: กลางคืนไม่นอน ตื่นกลางดึก นอนกลางวัน สิ้นหัวก้างวล วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสามารถหลับพักผ่อนได้ปกติ เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ตอนกลางคืน ไม่ตื่นกลางดึก การพยาบาล: จัดให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน ออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ ชวนพูดคุย ให้กำลังใจ ดูแลให้ Sertraline(50)1/2xhs การประเมินผล: หลับพักผ่อนได้ 10.มีภาวะท้องผูก: ไม่ถ่ายอุจจาระ 5 วัน วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายได้ปกติ เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยอุจจาระได้ ไม่อึดอัดแน่นท้อง การพยาบาล: ประเมินอาการอึดแน่นท้อง รายงานแพทย์ ดูแลให้ Senokot 2xhs ติดตามประเมินการขับถ่ายทุกวัน ประเมินผล: ถ่ายอุจจาระ 1-2 วัน/ครั้ง	ประเมินผล: ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง Fall risk score=5 เสี่ยงปานกลาง 8.ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังแขนขาอ่อนแรง: motor power left grade 0 all right grade 5 all นอนบนเตียงตลอด วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น เกณฑ์การประเมินผล: สามารถเคลื่อนไหวได้เองมากที่สุด พัฒนาทักษะที่ต้องใช้ในการเคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อแขนขาไม่อ่อนแรงลง ไม่เกิดกล้ามเนื้อสับเล็ก ข้อติดแข็ง การพยาบาล: ระยะแรกรับอาการยังไม่คงที่ให้การพยาบาลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเริ่มจากกิจกรรมง่ายๆ คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ ช่วยในการออกกำลังกาย สอนญาติในการดูแล ประเมินผล: Day 3 กล้ามเนื้อแขนขาซ้ายมีกำลังมากขึ้น motor power left upper 1/lower grade 3, right grade 5 all, Day 14 นั่งได้ เริ่มเดินได้ใช้ไม้ค้ำยัน 9.แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง: กลางคืนไม่นอน หลับๆ ตื่นๆ นอนกลางวัน สิ้นหัวก้างวล วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสามารถหลับพักผ่อนได้ปกติ เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ตอนกลางคืน ไม่ตื่นกลางดึก การพยาบาล: จัดให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน ออกกำลังกาย ฝึกเดิน ดูโทรทัศน์ ชวนพูดคุย ให้กำลังใจ ดูแลให้ Sertraline, lorazepam การประเมินผล: หลับพักผ่อนได้ 10.มีภาวะท้องผูก: ไม่ถ่ายอุจจาระ 4 วัน วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายได้ปกติ เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยอุจจาระได้ ไม่อึดอัดแน่นท้อง การพยาบาล: ประเมินอาการอึดแน่นท้อง รายงานแพทย์ ดูแลให้ Senokot 2xhs ติดตามประเมินการขับถ่ายทุกวัน ประเมินผล: ถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากสมองขาดเลือดเป็นมากขึ้น อาการอ่อนแรงแมกกว่าเดิม ต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันโดยช่วยเหลือเกือบทั้งหมด Refer กลับ รพช. ดูแลต่อ เดินไม่ได้ อยู่บนเตียงตลอดเวลา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน แต่กรณีศึกษาที่ 2 จะหลัหายาก กังวลสูงต้องเพิ่มยานอนหลับ อาการท้องผูกพบได้ 48% โดยพบในรายหลอดเลือดสมองตีบ 51% จะเริ่มมีอาการท้องผูกตั้งแต่สัปดาห์แรก 45% จนถึงระยะฟื้นฟูพบได้ 48%¹³



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย	
1.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่าย: ญาติยังสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัว การเฝ้าระวัง สังเกตอาการเมื่อกลับไป รพช. วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน ตอบแบบสอบถามหลังการสอนได้คะแนน > 80% การพยาบาล: วางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD¹⁴ ดังนี้ D=Disease ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ความดันโลหิตสูง ไชมันเลือดสูง การดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามแพทย์นัด M=Medication ให้ความสำคัญเกี่ยวกับยาที่นำกลับใช้ต่อที่ รพช. อาการข้างเคียง ตลอดจนอาการผิดปกติ และรับประทานให้ต่อเนื่อง E=Environment การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม T=Treatment การรักษาที่ได้รับต่อเนื่อง การทำกายภาพ มาตรวจตามแพทย์นัด H=Health แนะนำการดูแลกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลายไม่เครียด O=Outpatient Referral กลับไปนอน รพช. ใกล้บ้าน การติดต่อขอความช่วยเหลือใกล้บ้าน เช่น รพ.สต. การมาตรวจตามนัด 1 เดือน กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงแขนขาอ่อนแรงขาครึ่งซีก ซีมลง พูดจาสับสน หมดสติ ให้รับมาโรงพยาบาลหรือโทร 1669 D=Diet ให้อาหารทางสายยาง ปรับการรับประทานอาหารเป็นอาหารเฉพาะโรค งดอาหารรสหวาน มัน เค็ม งดอาหารหมักดอง และเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี ประเมินคะแนนความรู้หลังการสอนให้คำแนะนำ = 10/10 คะแนน ADL=4 คะแนน (ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์) ประสานการส่งต่อในระบบ Smart refer ประสานอาการผู้ป่วย กลับพร้อมรถ refer	1.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่าย: ผู้ป่วยและญาติยังสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัว การเฝ้าระวัง สังเกตอาการเมื่อกลับไปบ้าน วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน ตอบแบบสอบถามหลังการสอนได้คะแนน > 80% การพยาบาล: วางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD¹⁴ ดังนี้ D=Disease ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โรคเบาหวาน ไชมันเลือดสูง การดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามแพทย์นัด M=Medication ให้ความสำคัญเกี่ยวกับยาที่นำกลับใช้ต่อที่บ้าน อาการข้างเคียง ตลอดจนอาการผิดปกติ และรับประทานให้ต่อเนื่อง E=Environment การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม T=Treatment การรักษาที่ได้รับต่อเนื่อง การทำกายภาพ มาตรวจตามแพทย์นัด H=Health การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลายไม่เครียด O=Outpatient Referral การติดต่อขอความช่วยเหลือใกล้บ้าน เช่น รพ.สต. การมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลง แขนขาอ่อนแรงขาครึ่งซีก ซีมลง พูดจาสับสน หมดสติ ให้รับมาโรงพยาบาลหรือโทร 1669 D=Diet ปรับการรับประทานอาหารเป็นอาหารเฉพาะโรค งดอาหารรสหวาน มัน เค็ม งดอาหารหมักดอง และเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย งดแอลกอฮอล์ เลิกบุหรี่ การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี ประเมินคะแนนความรู้หลังการสอนให้คำแนะนำ = 10/10 คะแนน ADL=10 คะแนน (พึ่งพาปานกลาง) ส่งต่อดูแลต่อเนื่องในระบบ Smart refer	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน แต่กรณีศึกษาที่ 1 refer back รักษาต่อที่ รพช. เข้าสู่การดูแลแบบ Intermediate Care (IMC) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาโดยสมบูรณ์ การเตรียมความพร้อมบุตรสาว ผู้ดูแลหลักในเรื่อง การให้อาหารทางสายยาง การทำอาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งบุตรสาวสามารถปฏิบัติได้มีความพร้อม กรณีศึกษาที่ 2 กลับไปอยู่กับครอบครัว มารดา พี่สาว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตนเองได้มากขึ้น เริ่มหัดเดิน ทรงตัวใช้ไม้ค้ำยัน เน้นการปรับพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ เลิกแอลกอฮอล์ การสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดครั้งแรก



อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเกิน 4.5 ชั่วโมงจึงไม่เข้าเกณฑ์การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยการให้ Antiplatelet plan ให้ DAPT (Dual Antiplatelet Therapy) 3 เดือนโดยให้ Aspirin (81) และ Plavix (75) คู่กัน ตำแหน่งการตีบตันคือหลอดเลือดแดงใหญ่ Right Middle Cerebral Artery (MCA) ซึ่งพบได้ถึง 40% เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis)¹⁵ จึงทำให้สมองขาดเลือดบริเวณกว้าง มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกและสูญเสียความรู้สึกซีกซ้าย บริเวณใบหน้า แขน ลำตัวและขา พูดได้ลำบาก **กรณีศึกษาที่ 1** มีภาวะ Progressive Stroke อาการอ่อนแรงเป็นมากขึ้น พบชั่วโมงที่ 30 โดยพบว่าหลังสมองขาดเลือดจะเริ่มมีภาวะสมองบวมใน 12-24 ชั่วโมงแรกและเกิดมากสุดใน 3-5 วัน⁹ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ยิ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.68 เท่า เนื่องจากหากมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบ (Atherosclerosis) และมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยพบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.90 เท่า เนื่องจากทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ความยืดหยุ่นลดลง ไขมันสะสมตามผนังหลอดเลือดเกิดการตีตันได้ เมื่อเป็นทั้ง 2 โรคยิ่งส่งเสริมให้เกิดหลอดเลือดตีตัน⁷ ส่วน**กรณีศึกษาที่ 2** เพศชายที่อายุน้อยกว่า 50 ปี เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยคือ สูบบุหรี่ 83% ดื่มสุรา 80.78% สุราทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีตัน 2.52 เท่า โดยจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย ทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ ส่วนบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีตัน 1.89 เท่า เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินกระตุ้นการหลั่ง Catecholamine ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เกิดลิ่มเลือด หลอดเลือดตีตันได้ง่าย เมื่อเป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ยิ่งส่งเสริมให้หลอดเลือดแข็งตัวและตีตันตามมาได้ง่าย⁷

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ได้นำปัญหามาวางแผนการพยาบาลสู่การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับไปสู่ครอบครัวได้ใกล้เคียงภาวะปกติ

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีตัน ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย ฝ้าระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีกระบวนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับและสามารถจำหน่ายทุเลา กลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวได้

ข้อเสนอแนะ

1. **ผู้รับบริการ** มีความรู้ในการประเมิน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเข้าถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง จะทำให้ลดการเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีตัน
2. **ผู้ให้บริการ** พัฒนาโปรแกรมในการสอน การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. **ด้านองค์กร** สร้างเสริมการนำความรู้สู่ประชาชนในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีตัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรค ผนวกวันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284&deptcode=>
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย เมษายน-มิถุนายน 2566; 39(2): 39-46.
3. โรงพยาบาลยโสธร. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลยโสธร. ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2566.
4. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.neurothai.org/images/2012/download/stroke-nurse2007.pdf>
5. Zhou Z, Li J, Yu Y, Li Y, Zhang Y, Liu L, et al. Effect of smoking and folate levels on the efficacy of folic acid therapy in prevention of stroke in hypertensive men. Stroke 2018; 49(1): 114-20. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.018273. PubMed PMID: 29273594.
6. วิทวัส ศิริยงค์. ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 มกราคม-มีนาคม 2561; 32(1): 863-70.
7. วุฒิชัย แบนทอง, รัตนา สายยศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มกราคม-เมษายน 2567; 18(1): 193-208.
8. ศุภิพิชชา จันทระภาพกุล, แสงเดือน มโยธาร, ศุภชาติ ชมพูนุช, สัญสนีย์ พงษ์ภักดี. อัตราความชุกและสาเหตุของการเกิดโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย กันยายน-ธันวาคม 2561; 17(3): 5-14.
9. ชลิต จิตเจือจุน. คลินิกปริศนา. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ตุลาคม-ธันวาคม 2560; 34(4): 350-1.
10. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.
11. Borschmann KN, Hayward KS. Recovery of upper limb function is greatest early after stroke but does continue to improve during the chronic phase: a two-year, observational study. Physiotherapy 2020; 107: 216-23. doi: 10.1016/j.physio.2019.10.001. PubMed PMID: 32026823.
12. อภิฤติ พามล, ชนิดา ราชวัณ, วิจิตรา ปิ่นน้อย. การศึกษาความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลทหารบก พฤษภาคม-สิงหาคม 2560; 18(ฉบับพิเศษ): 194-201.
13. Li J, Yuan M, Liu Y, Zhao Y, Wang J, Guo w. Incidence of constipation in stroke patients: systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2017; 96(25): e7225. doi: 10.1097/MD.00000000000007225. PubMed PMID: 28640117.
14. กฤษดา แสงวดี. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
15. Frizzell JP. Acute stroke: pathophysiology, diagnosis, and treatment. AACN Clin Issues 2005; 16(4): 421-40. doi: 10.1097/00044067-200510000-00002. PubMed PMID: 16269890.

