

รายงานกรณีศึกษา

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ที่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มอาการเจ็บปวดเฉพาะที่ : กรณีศึกษา

อรไทย แยมเย็น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

คำสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง ,การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ,กลุ่มอาการเจ็บปวดเฉพาะที่

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูที่มีภาวะแทรกซ้อนเจ็บปวดเฉพาะที่บริเวณไหล่ และแขนข้างซ้าย โดยได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยเลือกกรณีศึกษา จากแนวคิดการจัดการรายกรณี แนวคิดทางการพยาบาลของโอเร็ม กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน แนวคิดเกี่ยวกับนันทนาการ แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยม เป็นกรอบในการศึกษา คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงที่เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ รวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ปรีกษาแพทย์เฉพาะทาง ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ดูแลผู้ป่วย ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียน แบบการสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกต แบบประเมิน ADL แบบติดตามเยี่ยมบ้าน คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์ข้อมูลวิธีวิเคราะห์เปรียบเทียบติดตามเยี่ยมบ้าน ๓ ครั้ง ด้วยรูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบ Tele home visit สรุปรูป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มอาการเจ็บปวดเฉพาะที่ ๑ รายดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ ติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ญาติ และผู้ป่วยสามารถดูแลต่อเองที่บ้านได้ ภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มอาการเจ็บปวดเฉพาะที่บริเวณไหล่ และแขนซ้ายทุเลาลง ระดับ ADL ดีขึ้นจากเดิม

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๗ ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI เท่ากับ ๒๔.๕๗ กิโลกรัม/เมตร^๒ สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ ๓ ประกอบอาชีพ ทำสวน และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จังหวัดชลบุรี ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดชลบุรี รายได้เพียงพอต่อรายจ่ายมีเหลือเก็บ สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพ ผู้ดูแลหลักขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านคือ ภรรยา ให้ประวัติว่า ๔ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล (๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖) มีอาการร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง เดินไม่ได้ ล้มแข็ง พูดไม่ชัด ไม่หมดสติ ขณะนั่งรถไปทำธุระที่ต่างจังหวัด ญาตินำส่งโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร ทำ MRI-brain พบ Acute Rt parietal MCA occlusion small Rt corona Internal capsule basal ganglia infarction ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ อาการอ่อนแรงแขนขาซ้ายไม่ดีขึ้นจึงส่งมารักษาต่อโรงพยาบาลกรุงเทพพญา เพื่อทำ Mechanical thrombectomy หลังได้รับการผ่าตัดยังมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด Admit และทำกายภาพบำบัด ๑๐ วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนแรงร่างกายซีกซ้าย พูดไม่ชัด ล้มแข็ง มีปัญหาด้านความคิดความจำ คิดคำพูดได้ช้าต้องใช้เวลาในการสื่อสาร ภรรยาพามารับการฟื้นฟูสภาพต่อที่โรงพยาบาลสตีลทรี กม.๑๐ ตามสิทธิการรักษา ได้รับการทำกายภาพบำบัด ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ผู้ป่วยและภรรยาต้องการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง จึงมารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประเมินความพร้อมให้ผู้ป่วย Admit เพื่อฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้น (Intensive rehabilitation)

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma score เท่ากับ ๑๕ คะแนน (E_c M_v V_e) ร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง Motor power grade ๐ ทั้งแขนและขา ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index = ๑๑/๒๐ คะแนน มีพึ่งพาระดับปานกลาง รับประทานอาหารได้เอง ไม่สำลัก ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม Hendrich II Fall risk score เท่ากับ ๘/๒๐ คะแนน มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มระดับสูง ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดไหล่ และแขนซ้ายจากภาวะ shoulder hand syndrome (complex regional pain syndrome) และภาวะข้อไหล่เลื่อนหลุด (Shoulder subluxation) ๑ Finger Breadths limited ROM by pain at ๖๐ องศา mild tenderness and pitting edema ๑+ ประเมิน Pain score ได้ ๕/๑๐ คะแนน ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม แต่งดการออกแรงมากที่ร่างกายซีกซ้าย ร่วมกับการรักษาด้วยยา Prednisolone (๕ mg) ๒ tab po tid pc เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ และยาแก้ปวด Paracetamol (๕๐๐) ๑ tab po prn q ๖ hrs. for pain ความคิดความจำลดลง คิดได้ช้า ประเมิน MMSE-Thai ๒๐๐๒ ได้เท่ากับ ๒๒/๓๐ คะแนน มีปัญหาด้าน Orientation for time, Attention or Calculation, Recall และ visuoconstruction ประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS = ๑๓/๓๐ คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย มีความกังวลเกี่ยวกับภาวะพึ่งพา และอาการปวดรบกวนกระบวนการฟื้นฟูสภาพและการนอนหลับ มีภาวะท้องผูก ตึมน้ำน้อย ผู้ดูแลหลักคือ ภรรยา มีอาชีพเป็นแม่บ้านไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ประเมิน Caregiver Strain Index: CSI = ๘/๑๓ คะแนน มีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย แพทย์ให้ Admit ๑๔ วัน โดยมีเป้าหมายในการฟื้นฟูครั้งนี้คือ Caregiver training และ Ambulation training ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลฟื้นฟูสภาพ นักจิตวิทยา นักโภชนาการและแพทย์ทางเลือกตามโปรแกรม ช่วงแรกของการดูแลพบ

ปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแล ภาระยาผู้ป่วยมีความเครียดในการดูแล และมีทะเลาะกับผู้ป่วยบ่อยครั้งเนื่องจากผู้ป่วยมี
มีภาวะพึ่งพา มีอาการรบกวนและปัญหาในการฟื้นฟูที่ย่างยากซับซ้อน จึงมีการจัดกิจกรรมกลุ่มนันทนาการให้
ผู้ป่วยและภรรยาเข้าร่วมกับเพื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีปัญหาคล้ายกัน เพื่อลดการขัดแย้งทะเลาะกันเมื่ออยู่ใน
ห้องพัก ทำให้ผู้ป่วยและภรรยาได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ได้พูดคุยระบายความรู้สึก
แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการแก้ปัญหาและการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพในเรื่องต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยและภรรยา
ปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและหน้าที่ได้ดีขึ้น รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและภรรยา
เพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนและการ
ป้องกัน การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด การฝึกการช่วยเหลือการทำ
กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้าย การทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง การฝึกความคิดความจำ ฝึกอ่านสะกดคำ
การเฝ้าระวังการเกิด Fall การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่แรก
รับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หลังจากวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตามโปรแกรม
Barthel index เพิ่มขึ้นจาก ๑๑/๒๐ คะแนน เป็น ๑๔/๒๐ คะแนน โดย Transfer เพิ่มจาก ๑ คะแนน เป็น
๒ คะแนน Toilet Use เพิ่มจาก ๐ คะแนน เป็น ๑ คะแนน Mobility เพิ่มจาก ๑ คะแนน เป็น ๒ คะแนน
อาการปวดไหล่และแขนซ้ายลดลง pain score จาก ๕/๑๐ เหลือ ๓/๑๐ คะแนน สามารถฟื้นฟูสภาพได้ตาม
โปรแกรม นอนหลับพักผ่อนได้ หัวของกระดูกต้นแขนเคลื่อนออกจากเข่าไหล่ ๑ fingerbreadth ไม่เพิ่มขึ้น
จากเดิม ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ฟื้นฟูสภาพได้ตามโปรแกรม นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่เกิด fall ยังมีภาวะข้อไหล่
ซ้ายติด สามารถเคลื่อนไหวข้อได้เพิ่มขึ้น Range of motion เพิ่มจาก ๖๐ องศา เป็น ๗๕ องศา ไม่พบการติด
ของข้อที่ตำแหน่งอื่นเพิ่ม สามารถถ่ายอุจจาระได้เองทุก ๒-๓ วันแต่ยังต้องได้รับยาระบายบางครั้ง ยังมีปัญหา
ด้านความคิดความจำ MMSE เท่ากับ ๒๒/๓๐ คะแนน คงเดิม หลังเข้ารับการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน ได้รับ
กำลังใจจากทีมสหสาขาวิชาชีพและเพื่อนผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน มีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพ มีภาวะ
ซึมเศร้าลดลง ประเมิน TGDS = ๑๑/๓๐ คะแนน (เดิม ๑๓ คะแนน) ภาระยาที่มีความเครียดและความเหนื่อย
ล้าจากการดูแลลดลง ประเมินความเครียดในการดูแลผู้ป่วยของภรรยา ก่อนจำหน่าย คะแนน CSI = ๕
คะแนน (เดิม ๙ คะแนน) ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน
เคลื่อนย้ายตัวได้ดีขึ้น อาการปวดไหล่ดีขึ้น มีอาการรบกวนลดลง ภรรยารู้สึกเหน็ดเหนื่อยลดลง นอนหลับ
พักผ่อนได้มากขึ้น และทะเลาะกับผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและภรรยาได้รับการเตรียมความพร้อมและฝึก
ประสบการณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

กรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำครั้งที่ ๒ จากการชักประวัติผู้ป่วยเคยมี
หลอดเลือดสมองอุดตันเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสูงอายุ
มีโรคประจำตัว เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงเป็นมา ๔ ปี ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีภาวะน้ำหนัก
เกิน ส่วนปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคในครั้งนี้ ผู้ป่วยเข้าสู่วัยสูงอายุ รับประทานยาไม่
ต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยมีความพิการรุนแรงกว่าครั้งแรกแม้จะได้รับการรักษาที่รวดเร็ว
และเฉพาะเจาะจงทั้งการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหลังเกิดอาการ (Recombinant tissue plasminogen
activator : rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ และการผ่าตัดลากลิ่มเลือด (Mechanical thrombectomy) ทั้งจาก

ความเสื่อมของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และรอยโรคที่เป็นพยาธิสภาพของสมองทำให้ความพิการ และภาวะพึ่งพา หลายด้าน ทั้งปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การซับซ้อนความคิดความจำ อารมณ์ซึมเศร้า การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะข้อไหล่ติด ภาวะข้อไหล่เคลื่อน รวมทั้งมีอาการปวด บวม แดงร้อน บริเวณไหล่ แขน และมือซ้าย จากภาวะ shoulder hand syndrome (complex regional pain syndrome) ส่งผลให้มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการฟื้นฟูสภาพ ภาระที่ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนจึงเกิดความเครียดจากการดูแล และส่งผลต่อสัมพันธภาพของผู้ป่วยและภรรยา การดูแลกรณีศึกษารายนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการตั้งเป้าหมาย วางแผนการดูแล และได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง การฟื้นฟูต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพมากกว่าบุคคลในวัยทั่วไป โดยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยรายนี้ ประกอบด้วย การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด โภชนาการบำบัด ยา แพทย์ทางเลือก การดูแลด้านจิตสังคม รวมทั้งต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและภรรยา ก่อนจำหน่าย การดูแลติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง ซึ่งในระบบการดูแลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการติดตามเยี่ยมบ้าน ทั้งจากอุปสรรคในการเดินทาง จำนวนบุคลากรที่มีจำกัด พื้นที่รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านไม่มีเป็นของโรงพยาบาลโดยตรง จึงมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาพัฒนาระบบ Tele home visit เพื่อใช้ในการมาใช้ในการดูแล และติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้กลับ ไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนคนปกติหรือใกล้เคียงคนปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายนี้ ภรรยาเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เมื่อกลับบ้าน คุณภาพการดูแลมีความสำคัญกับการฟื้นฟูของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นต้องมีการดูแลด้านสุขภาพของผู้ดูแล การประเมินความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการดูแล และให้ความช่วยเหลือ โดยขณะอยู่โรงพยาบาลดูแลให้ภรรยาได้พักใน ช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ฟื้นฟูสภาพ การสอนฝึก ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น โดยต้องใช้เวลาทบทวน และฝึกทำซ้ำ ๆ ชมเชยให้กำลังใจพร้อมทั้งให้เอกสาร คู่มือต่าง ๆ สำหรับการทบทวน และติดตามเยี่ยมเช่นเดียวกับผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan)

- ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และภรรยาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้
- แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเกี่ยวกับการกระตุ้นความคิดความจำ การฝึกอ่านสะกดคำ การคิดคำนวณ
 - แนะนำการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ได้แก่ ภาวะข้อไหล่ติดโดยการบริหารกล้ามเนื้อข้อไหล่ การลดภาวะข้อไหล่เคลื่อนและอาการปวดโดยการจัดท่า การใส่อุปกรณ์พยุงไหล่ การเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง
 - แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับความพิการและป้องกันการหกล้ม การปรับสภาพบ้าน การเตรียมห้องน้ำ ห้องนอน ทางลาดต่าง ๆ
 - การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการท้องผูก
 - การรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด
 - การทำกายภาพบำบัดออกกำลังอย่างต่อเนื่อง
 - การรับประทานยาต่อเนื่อง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์
 - การไปรับการตรวจตามนัดและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

- การสังเกตประเมินตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความเครียดของภรรยา
- ให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแลพร้อมแผนพบการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
- การนัดติดตามเยี่ยมบ้าน ด้วยระบบ Telehome visit

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน เนื่องมาจากสาเหตุหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก (American Stroke Association [ASA], ๒๐๒๔) ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, [WHO], ๒๕๖๐) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ ๑๕ ล้านคนในแต่ละปี ในประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ๓๔,๕๔๕ คน (อัตราการตาย ๕๓ ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย ๑๙,๙๔๙ คน (ร้อยละ ๕๘) มากกว่าเพศหญิง ๑๔,๕๙๖ คน (ร้อยละ ๔๒) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี จำนวน ๒๓,๘๑๗ คน (ร้อยละ ๖๙) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๕ เท่ากับร้อยละ ๕๒.๘, ๕๕.๕ และ ๕๘ ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) ผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ ๓๑ มักมีความพิการเหลืออยู่ร้อยละ ๙๐ (จิตลัดดา ประสานวงศ์, ๒๕๕๕) ส่วนใหญ่มักประสบปัญหาด้านความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาการกลืนลำบาก ปัญหาด้านการช้ยถ่ายบางรายร่างกายผิดปกติด้านการรับรู้ อารมณ์ การพูดและการสื่อสาร

ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบครึ่งซีกของร่างกายเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำไปสู่ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่นหรือครอบครัว หากไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะข้อยึดติด ข้อไหล่ติด กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และส่งผลให้เกิดความพิการในระยะยาว การฟื้นฟูตัวของระบบต่าง ๆ ในร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน ๓ เดือนแรก ถ้าหลัง ๖ เดือนแล้วการฟื้นตัวจะช้าลง (ฉวีรุช วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชตธนรัชต์ และพิสิษฐ์ สมงาม, ๒๕๖๓) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิต และบทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง มองตนเองไร้ค่าแยกตนเอง และถอยหนีออกจากสังคม เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในวัยสูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความพิการ ลดภาวะพึ่งพา ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติตามศักยภาพที่เหลืออยู่ ลดภาระการดูแลของครอบครัวและภาระโดยรวมของประเทศ

ภาวะกลุ่มอาการปวดเฉพาะที่ (complex regional pain syndrome [CRPS]) เป็นอาการเจ็บปวดของแขนขาอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณนั้น ส่วนใหญ่มีอาการปวดแขนหรือขาอย่างรุนแรงมาเป็นระยะเวลาสั้น ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่เคยได้รับและอาการปวดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ไม่สามารถใช้งานแขนขาส่วนนั้นได้ การรับรู้สัมผัสที่ไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดในคนทั่วไป เช่น การสัมผัสเบา ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกเจ็บปวดมาก เรียกภาวะนี้ว่า "อัลโลไดเนีย (allodynia)" หรืออาการปวด

ที่มากขึ้นเมื่อกระตุ้นด้วยความปวดเพียงเล็กน้อย (hyperalgesia) ต่อมาผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว (ซีดหรือม่วง) เปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ (มักเย็นลง) หรือเหงื่อออกมากขึ้น อาจพบว่าการบวมของแขนขา ในบางครั้งแขนขาอาจอยู่ในท่าทางที่ผิดปกติหรือไม่ยอมเคลื่อนไหวแขนขาส่วนนั้น ภาวะกลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบ่งเป็น ๒ ชนิด ได้แก่ CRPS type I: ไม่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาท และ CRPS type II: เกิดตามหลังการบาดเจ็บของเส้นประสาท (major nerve damage) ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ CRPS เพราะมีผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับบาดเจ็บแบบเดียวกัน แต่ก็ไม่พบอาการดังกล่าว โดยเชื่อว่าเป็นการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของร่างกายที่ผิดปกติไปของผู้ป่วย อาการเหล่านี้มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพการทำงานกายภาพบำบัดที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวแขนขาข้างที่มีอาการปวดลดลงหรือไม่ยอมเคลื่อนไหวนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การมีหลอดเลือดดำอุดตัน นำไปสู่ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน หากได้รับการแก้ไข วิธีการที่ดีที่สุดคือการออกกำลังกายด้วยวิธีที่ถูกต้องและควบคุมโดยนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ผลกระทบจากอาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูสมรรถภาพลดลง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ CRPS ร่วมด้วยจะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงการดูแลทางด้านจิตใจมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการประเมินภาวะความเครียด การสังเกตอาการ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม จัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่ยึดติด ส่งเสริมการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยทำให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสภาพด้วยโรคเดียวกันจึงมีความสำคัญ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะเฉพาะทั้งทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการพยาบาลเพื่อลดอาการปวด การจัดกิจกรรมกลุ่มนั้นหนทางการเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลมาใช้ในการดูแลให้เกิดความครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องหลังจำหน่ายเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมความเป็นอยู่ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีความจำเป็นต้องปรับให้มีความเหมาะสมกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็นที่บ้าน ความสามารถในการดูแลของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ปัญหาอุปสรรคในการดูแลเมื่อกลับบ้านเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาลดให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

พยาธิสรีรวิทยา และกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองมีการตีบตัน แต่มีการทำลายของเนื้อสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตาย สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่สมองส่วนนั้น ๆ ควบคุมอยู่ โดยอาการที่พบบ่อย คือ อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiplegia) โดยแสดงอาการอยู่นานกว่า ๒๔ ชั่วโมง (American Heart Association, ๒๐๒๐) โดยจำแนกเป็น ๓ ชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก รายละเอียดดังนี้ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๑. โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis) เกิดจากการมี Atherosclerotic plaque ที่ผนังหลอดเลือด ส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันเกาะบริเวณหลอดเลือด และความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นพื้นฐาน ทำให้รูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลงจนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอหรืออุดตัน ทำให้สมองขาดเลือด การตีบตันเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง พบมากบริเวณส่วนแยก (Bifurcation) และบริเวณโค้งของหลอดเลือด หลอดเลือดแดงคอโรติดส่วนใน (Internal Carotid Artery) และหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle Cerebral Artery) ซึ่งแขนงเหล่านี้จะไปเลี้ยงส่วนควบคุมการเคลื่อนไหว และส่วนควบคุมการรับรู้ความรู้สึก
๒. โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism) เกิดเนื่องมาจากมีสิ่งอุดตัน (Embolism) เล็ก ๆ ที่หลุดลอยในกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง และอุดตันหลอดเลือดแขนงเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย ตันกำเนิดของสิ่งอุดตันมักมาจากหลอดเลือด และหัวใจ ทำให้มีชิ้นส่วนของลิ้นเลือด หรือชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดลอยออกมา เข้าสู่การไหลเวียนเลือดแดงในสมองและอุดตันแขนงของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ที่พอดกับขนาดของสิ่งอุดตัน สิ่งอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น ฟองอากาศ (Air Embolism) เกิดจากการรั่วหลุดของสายวัดปริมาณเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure) หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดชิ้นส่วนของไขมัน มักจะเกิดหลังจากการได้รับบาดเจ็บ เช่น มีกระดูกหักหลายชิ้น นอกจากนี้ ยังมีชิ้นส่วนจากเศษเนื้อออก และมีภาวะบางอย่างที่ทำให้เกิดสิ่งอุดตันได้อีก เช่น ภาวะเลือดข้น (Polycythemia) และการใช้ยาคุมกำเนิด เป็นต้น
๓. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral Hemorrhage) ภาวะเลือดออกในสมองส่วนใหญ่พบว่า เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแข็ง และตีบแคบ (Atherosclerosis) ซึ่งเรียกว่า ภาวะเลือดออกในสมองอันเนื่องมาจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Hypertensive Intracerebral Hemorrhage) จนทำให้หลอดเลือดในสมองแตก (Intracerebral Hemorrhage) หรือเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hemorrhage) ส่วนมากจะเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด จึงเกิดการแตกของหลอดเลือดแดงที่โป่งพอง (Aneurysm) ของหลอดเลือดสมอง และความผิดปกติระหว่างหลอดเลือดดำ และหลอดเลือดแดงที่ไม่มีหลอดเลือดฝอย (Arteriovenous Malformation)

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันมีการตรวจได้หลายวิธี เช่น การตรวจพยาธิสภาพของสมอง การตรวจพยาธิสภาพ สรีรวิทยาของหลอดเลือด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ รายละเอียด ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๖๒; สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๑. การตรวจพยาธิสภาพของสมอง (Brain imaging) เป็นการตรวจพบพยาธิสภาพของสมองเชิงกายวิภาค ซึ่งเป็นการตรวจเบื้องต้นที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การตรวจ Computed Tomography, [CT] และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก ไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging, [MRI]) เป็นต้น
๒. การตรวจพยาธิสภาพ และสรีรวิทยาของหลอดเลือด (Vascular study) เป็นการตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง และบริเวณลำคอ และเป็นการตรวจการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเพื่อเป็นการพยากรณ์โรค และเพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้การรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด รายละเอียดดังนี้

๒.๑. การตรวจ Carotid doppler ultrasound เป็นการตรวจหลอดเลือดบริเวณลำคอโดยใช้คลื่นความถี่สูง

๒.๒. การตรวจ Transcranial doppler ultrasound เป็นการตรวจหลอดเลือดขนาดใหญ่ในกะโหลกศีรษะโดยใช้คลื่นความถี่สูง สามารถทำให้เห็นทิศทางการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดขนาดใหญ่ได้ แต่ไม่สามารถเห็นลักษณะทางกายวิภาคได้

๒.๓. การตรวจ Magnetic resonance angiography เป็นการตรวจความผิดปกติของหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ และสามารถเห็นความผิดปกติทางกายวิภาคของหลอดเลือดขนาดกลาง และใหญ่โดยการตรวจจับการไหลเวียนของเลือดภายใต้สนามแม่เหล็ก

๒.๔. การตรวจ Conventional angiography เป็นการตรวจที่เป็นมาตรฐานที่สามารถแสดงให้เห็นทั้งหลอดเลือดขนาดเล็ก และหลอดเลือดขนาดใหญ่ โดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือดแล้วเอกซเรย์การไหลเวียนของหลอดเลือดในสมอง

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจเพื่อหาความผิดปกติของหัวใจโดยการทำ Echocardiogram เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น ๒ ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ รายละเอียดดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๖๒; สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๑. ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

๑.๑. อายุ โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ อธิบายโดยทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross linkage theory) ได้ว่า คอลลาเจนแทรกอยู่ตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ เมื่ออายุมากขึ้นทำให้คอลลาเจนมีการเชื่อมตามขวางมากขึ้น ส่งผลทำให้หลอดเลือดแข็งตัว การยืดหยุ่นไม่ดี เมื่ออายุที่มากขึ้นพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นเป็น ๒ เท่าของคนที่ยุ่่น้อย (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๑.๒. เพศ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ ๔๔-๗๖ นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเช่นเดียวกัน (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๑.๓. เชื้อชาติ และสีผิว จากข้อมูลการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกา พบว่า ชาวผิวดำมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงกว่าคนผิวขาว (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๑.๔. พันธุกรรม ปัจจัยด้านบิดาทำให้มีความเสี่ยงเป็น ๒.๔ เท่า ปัจจัยด้านมารดาทำให้มีความเสี่ยง ๑.๔ เท่า (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๑.๕. เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนเป็นเวลา นาน ๕ ปี มีความเสี่ยงเป็น ๕ เท่าของประชากรทั่วไป โดยมีความเสี่ยงสูงถึง ๑๕ เท่าในปีแรกการป้องกันด้วยการได้รับยาต้านเกร็ดเลือด จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๒. ปัจจัยเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๒.๑. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

๒.๑.๒ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่าการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คนที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะมีระดับ Cholesterol สูง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค

๒.๑.๓ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดความเครียด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (low density lipoprotein cholesterol, [LDL]) ลดลง และระดับไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกายเพิ่มขึ้น (high density lipoprotein, [HDL]) ส่งผลต่อหลอดเลือดสมอง แม้ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน

๒.๑.๔ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดความเสียหายเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าภายใน ๓ ปี มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับโคเลสเตอรอล และลดระดับของ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้ที่สูบบุหรี่ ยังมีผลต่อการทำงานของ endothelial cell ทำให้หลอดเลือดในสมองตีบง่ายขึ้น และสาร nicotine และ carbon monoxide ในบุหรี่ยังทำลายระบบหลอดเลือดและหัวใจ

๒.๒. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

๒.๒.๑. ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญรองลงมาจากอายุ โดยเพิ่มความเสี่ยงทั้งโรคหลอดเลือดสมองแตก และหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าคนปกติ ๓-๑๗ เท่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ระยะเวลาของการเป็นโรค และความรุนแรงของความดันโลหิต โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้เหมาะสม ควบคุมน้ำหนัก และออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๒.๒.๒. ภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (atrial fibrillation, [AF]) ผู้ที่มีภาวะ AF ซึ่งไม่มีโรคลิ้นหัวใจร่วมด้วย มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๕ เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน แต่ถ้ามีภาวะ AF ร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง ๑๗ เท่าของคนปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะหลอดเลือดสมองอุดตันมีภาวะ AF ร่วมด้วยเสมอเนื่องจาก atrial fibrillation จะทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยาย เกิดการคั่งของเลือด และมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือด และเม็ดเลือดกลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดออกไปอุดตันหลอดเลือด (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๒.๒.๓. โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๒ เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๒.๒.๔. ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง carotid ทำให้เกิดความเสียหายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๒ เท่า ภายใน ๓ ปี หลังผ่าตัดช่วยลดความเสี่ยงได้มากกว่าการได้รับยาต้านเกร็ดเลือด

๒.๒.๕. โรคเบาหวานมีความเสี่ยงถึง ๒ เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถทำให้เกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงเป็นที่ยอมรับกันว่าสามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือด (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

๒.๒.๖. ภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าระดับ LDL สัมพันธ์กับการเกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดแดง carotid ดังนั้นจึงถือได้ว่าระดับ LDL ที่สูงกว่าปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองโดยอ้อม (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๔)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง อาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการตีบหรืออุดตันหรือแตก ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาที่รวดเร็วจึงจะให้การรักษาที่ดี การสร้างความตระหนัก (Awareness) ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์รวมถึงประชาชนทั่วไป

เกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของโรคมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยอาจจะแสดงอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมีอาการหลายอย่างพร้อมกัน ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๖๗)

- ชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้าและ/หรือบริเวณแขนขาครึ่งซีกของร่างกาย
- พูดลำบาก พูดไม่ชัด หรือฟังไม่เข้าใจ ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบาก
- ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียว
- เวียนศีรษะ เดินเซ หรือเสียการทรงตัว เฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ ข้างต้น
- ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน ชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน

การประเมินเพื่อคัดกรองอาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน โดยประเมินตาม BEFAST ดังนี้

- B-Balance มีอาการเดินเซ ทรงตัวไม่อยู่
- E-Eye มีอาการตามัว มองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียว
- F-Face มีอาการหน้าเบี้ยวและ/หรือปากเบี้ยว
- A-Arm มีอาการชา แขนและ/หรือขาอ่อนแรง
- S-Speech มีอาการพูดไม่ได้ พูดไม่ออก พูดไม่ชัด หรือพูดคุ้ยสับสน
- T-Time เมื่อมีอาการ ควรรีบพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทันที

อาการบ่งชี้ภาวะหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ (large vessel occlusion)

นอกจากประเมินด้วย BEFAST เพื่อบ่งชี้อาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันแล้ว ปัจจุบันการรักษาหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ผ่านสายสวนหลอดเลือด (mechanical thrombectomy) มีประสิทธิภาพมากขึ้น และได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยว่ามีอาการบ่งชี้ของภาวะหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่หรือไม่จึงมีความสำคัญเพื่อพิจารณาส่งผู้ป่วยตรวจภาพถ่ายรังสีหลอดเลือดเพิ่มเติมหรือส่งตัวไปโรงพยาบาลที่สามารถรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดได้ ปัจจุบันนิยมใช้ "FAST-VAN stroke scale" เพื่อให้แพทย์ พยาบาล ประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดังนี้

- F – Face มีอาการหน้าเบี้ยวและ/หรือปากเบี้ยว
- A-Arm มีอาการชา แขน และ/หรือขาอ่อนแรง
- S-Speech มีอาการพูดไม่ได้ พูดไม่ออก พูดไม่ชัด หรือพูดคุ้ยสับสน
- T-Time เมื่อมีอาการ ควรรีบพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทันที
- V-Visual มีอาการตามัวเฉียบพลัน มองภาพไม่ชัดซีกใดซีกหนึ่งหรือเห็น
- A-Aphasia มีอาการพูดไม่ได้ พูดไม่ออก พูดไม่เป็นประโยคหรือไม่ประเมินจากการพูดคุ้ย และบอกชื่อสิ่งของได้อย่างถูกต้อง
- N-Neglect มีอาการขาดการใส่ใจในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งหรือไม่ มักเป็นซีกซ้าย สามารถประเมินได้ด้วยการทำ double simultaneous stimulation แบบ NIHSS stroke scale

การประเมิน FAST-VAN สามารถทำได้ตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาลหรือในห้องฉุกเฉิน หากพบข้อใดข้อหนึ่งผิดปกติ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจมีหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ตีบอุดตัน อาจพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมตามความเหมาะสมหรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะมีอาการอ่อนแรงหรือการสูญเสียความรู้สึกที่พบได้บ่อยแล้ว ผู้ป่วยยังอาจมีปัญหาอื่น ๆ ที่อาจพบได้ดังนี้ (จิตติมา แสงสุวรรณ, ๒๕๖๐)

๑. Dysphagia เป็นภาวะกลืนลำบากที่สามารถพบได้ในระยะแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและสามารถพบได้ประมาณ ๒๐-๕๕% ของผู้ป่วยจากการตรวจทางคลินิก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ brain stem ซึ่งการกลืนลำบากนี้มักเกิดจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรงหรือเกร็งหรือการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อที่ปากและคอหอยขณะกลืนผิดปกติไป ทำให้มีเศษอาหารค้างในคอหอยหรือมีเศษอาหารตกไปในหลอดลม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ aspiration pneumonia ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากสามารถประเมินได้โดยการใช้ videofluoroscope ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูการกลืน โดยการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก การจัดทำขณะรับประทานอาหาร เช่น ก้มคอขณะกลืน (chin tuck) การฝึกกำลั้กล้ามเนื้อช่องปาก ลิ้น และการปรับอาหารโดยเริ่มจากอาหารที่เสี่ยงการสำลั้เล็กน้อยก่อน คือ อาหารที่มีปริมาณน้ำน้อยและจับกันเป็นก้อนได้ดี เช่น กลั้วยบด โจ๊กข้นปั่น และหากผู้ป่วยรับประทานได้ดีขึ้นจึงค่อย ๆ ปรับอาหารมาเป็นอาหารที่เหลวมากขึ้น ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการกลืนมาก หรือยังรับประทานอาหารไม่ได้ดี หรือยังไม่สามารถร่วมมือในการฝึกได้เต็มที่อาจพิจารณาให้ใส่สายยางให้อาหาร (NG tube) ไปก่อน

๒. Cognitive impairment เป็นความบกพร่องของสติปัญญา และการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบได้ในหลายลักษณะ เช่น มีปัญหาในการมีสมาธิจดจ่อในการทำงาน มีปัญหาในการจดจำสิ่งใหม่ มีความสับสน ไม่สามารถวางแผนกิจกรรมในชีวิตก่อนหลังได้หรือไม่สามารถคิดหาทางการแก้ไขปัญหาง่าย ๆ ได้ ความบกพร่องของสติปัญญาและการเรียนรู้สามารถประเมินในเบื้องต้นได้โดยใช้แบบประเมิน Mini-mental state examination สำหรับการฟื้นฟูในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการฟื้นฟูทางสติปัญญาโดยนักกิจกรรมบำบัด และอาจใช้ยาในกลุ่ม cholinesterase inhibitor เช่น donepezil

๓. Unilateral neglect เป็นอาการที่ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อข้างที่มีอาการอ่อนแรง มักเกิดเมื่อมีพยาธิสภาพที่ parietal lobe ของสมองซีก non-dominant hemisphere ซึ่งโดยมากเป็นที่สมองซีกขวาผู้ป่วยจึงละเลยร่างกายหรือวัตถุที่อยู่ทางซ้าย เรียกว่า neglect syndrome ซึ่งอาจสังเกตว่าผู้ป่วยมักหันไปทางด้านขวา เวลาคนมาทางด้านซ้ายผู้ป่วยเพิกเฉยไป ผู้ป่วยอาจละเลยที่จะรับประทานอาหารที่อยู่ซีกด้านซ้ายของตนเอง หรืออาจตรวจได้จากการให้ผู้ป่วยวาดรูปดอกไม้หรือนาฬิกา ผู้ป่วยอาจไม่วาดกลีบดอกไม้ด้านซ้ายหรือไม่ใส่รายละเอียดตัวเลขด้านขวาของนาฬิกา หากให้ผู้ป่วยขีดเส้นแบ่งเส้นยาวแนวนอน ผู้ป่วยจะแบ่งครึ่งไม่สมมาตรคือเบ้มาทางด้านขวา ปัญหาดังกล่าวสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยได้โดยให้ญาติกระตุ้นทางด้านซ้าย วางสิ่งของของผู้ป่วยทางด้านซ้าย สอนเทคนิคการ scan สายตา โดยมองจากขอบสุดสายตาข้างหนึ่งไปยังขอบสุดสายตาอีกข้างหนึ่งหรืออาจใช้แว่น prism เพื่อหักเหภาพจากด้านซ้ายของลานสายตาทางด้านขวามากขึ้น

๔. Visuospatial impairments คือความบกพร่องของการทำงานของระบบการมองเห็นขั้นสูง เช่น การประเมินความลึกของสิ่งของ (ตัวอย่างในชีวิตประจำวันที่ใช้ความสามารถนี้คือการเดินขึ้นลงบันได การเทน้ำใส่แก้ว) การประเมินทิศทาง และระยะทางของสิ่งของ (ตัวอย่างในชีวิตประจำวันที่ใช้ความสามารถนี้คือการประเมินตนเองในการย้ายตัว การเตรียมการใส่เสื้อผ้า) การรับรู้วัตถุด้านซ้ายขวา (ตัวอย่างในชีวิตประจำวันที่ใช้ความสามารถนี้ คือการทำตามบอก เช่น ให้ใส่แขนเสื้อด้านขวาก่อน การ

เลี้ยงซ้ายขวา) การดูเส้นทาง (ตัวอย่างในชีวิตประจำวันที่ใช้ความสามารถนี้คือการใช้แผนที่ในการหาสถานที่ที่จะไป) และการแยกสิ่งของที่อยู่ด้านหน้ากับด้านหลังในภาพออกจากกัน (ตัวอย่างใช้ชีวิตประจำวันที่ใช้ความสามารถนี้คือการใช้ช้อนตักอาหารจากบนโต๊ะ การหากรรไกรในลิ้นชัก) ในการดูแลฟื้นฟูอาจให้การรับรู้ทางการสัมผัสช่วย เช่น ใช้มือกวาดหาของ การวางของเป็นระเบียบทำให้หาของง่ายขึ้น วางของที่เดิม ใช้อุปกรณ์ที่มีสีตัดกันทำให้ผู้ป่วยเห็นได้ง่ายขึ้น เป็นต้น

๕. Urinary retention หรือ urinary incontinence ในระยะแรกผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่อง urinary retention โดยมักพบปัญหานี้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะหรือ aphasia การใส่สายสวนปัสสาวะในช่วงแรกอาจจำเป็นในผู้ป่วยบางราย ในระยะหลังผู้ป่วยมักมีปัญหา urinary incontinence ทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะราด ปัสสาวะบ่อย และรู้สึกอยากปัสสาวะบ่อย อาจให้การรักษาด้วยยาในกลุ่ม anticholinergic drugs เช่น tolteridine (detrusitol) หรือ oxybutynin chloride (diutropan) ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าวต้องประเมินดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง anticholinergic side effect หรือไม่เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก

๖. Communication disorders เป็นความบกพร่องด้านการติดต่อสื่อสารแบ่งออกเป็นลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

๖.๑ ความบกพร่องด้านการพูด เช่น dysarthria คือผู้ป่วยฟังเข้าใจและรู้ว่าจะพูดอะไรแต่มีปัญหาของการควบคุมกล้ามเนื้อในปากทำให้พูดไม่ชัด มักเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ brain stem ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเน้นการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องปากที่เกี่ยวข้องกับการพูด

๖.๒ ความบกพร่องด้านการสื่อสาร (language disorder) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการรับรู้หรือเข้าใจ หรือการใช้ภาษาในการพูด เรียกว่า aphasia มักจะพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนที่เด่น (dominant hemisphere) ซึ่งโดยทั่วไปเป็นสมองด้านซ้าย ตัวอย่างเช่น global aphasia ผู้ป่วยจะมีปัญหาคือ ไม่เข้าใจในภาษาที่พูด และไม่สามารถสื่อสารออกมาได้ ซึ่งความผิดปกติประเภทนี้จะเกิดในผู้ป่วยที่มีปัญหาของ middle cerebral artery หลักก่อนแตกแขนง ทำให้มีพยาธิสภาพของสมองเป็นบริเวณกว้าง สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา motor หรือ expressive หรือ Broca's aphasia ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาษาแต่ไม่สามารถหาคำพูดออกมาได้ พูดไม่คล่อง และ sensory หรือ receptive หรือ Wernike's aphasia คือผู้ป่วยไม่เข้าใจภาษาแต่ยังสามารถพูดออกมาได้ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารจะได้รับการฝึกเพื่อการฟื้นฟูกับนักฝึกพูด

๗. ปัญหาทางด้านจิตสังคม ผู้ป่วยอาจมีปัญหาอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลโดยเฉพาะในช่วงแรกหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีความพิการทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตในครอบครัวหรือในสังคมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้นได้

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๖๒).

ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base medicine) เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับจากทั่วโลกยืนยันถึงการรักษาที่ได้ผล ดี สามารถลดอัตราการตาย และอัตราความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่

๑. การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit)

๒. การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen Activator Intravenous rt-PA) ในระยะเวลาไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ

๓. การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet drug) ได้แก่ aspirin ภายในเวลา ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดอาการหรือการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ในผู้ป่วยที่เป็น cardioembolic stroke

๔. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะกว้างเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (decompressive wide craniectomy) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่

๕. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (mechanical thrombectomy) คือการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดในสมอง (endovascular treatment) ภายใต้การใช้เครื่อง เอกซเรย์เพื่อนำเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออก ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเป็นความก้าวหน้าของการรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นตัวของระบบประสาทมี ๒ ช่วงคือ ในช่วงแรกหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักจะเริ่มเกิดภายใน ๒๔ ชั่วโมง และเกิดต่อมามากหลายสัปดาห์ เกิดจากการที่สมองยุบวมลง รวมถึงเกิดจากการที่บริเวณรอบ ๆ การเกิดสมองขาดเลือด เรียกว่า penumbra มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงทำให้มีการฟื้นการทำงานของระบบประสาทบริเวณนั้นกลับมา จากนั้นในช่วงหลังซึ่งเกิดการฟื้นตัวจะเกิดขึ้นเรียกว่า neuroplasticity ซึ่งคือความสามารถของสมองในการสร้าง synapse ใหม่ หรือ reorganize บริเวณในสมองใหม่ ในการฟื้นตัวของระบบประสาททางคลินิกพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงครึ่งซีกมักจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะแรก และอาการที่ดีขึ้นจะคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างน้อยในระยะหลังหรือภายใน ๑๑-๑๒ สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงเล็กน้อยจะมีอัตราการฟื้นตัวเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงปานกลางถึงมาก โดยทั่วไปมักจะพบว่าผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวของขาให้สามารถกลับมาทำงานได้ดีกว่าการฟื้นตัวของแขน ซึ่งอาจอธิบายได้จาก ๒ สาเหตุ คือ โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดกับ middle cerebral artery ซึ่งตาม homunculus เส้นเลือดนี้จะไปเลี้ยงส่วนด้าน ข้างของสมองซึ่งเป็นบริเวณ homunculus ของแขน มือ และหน้า ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาของแขน มือ และหน้ามากกว่าขา อีกสาเหตุหนึ่งก็คือการทำงานของขาเป็นการเคลื่อนไหวที่ไม่มีความละเอียด และซับซ้อนเหมือนแขนหรือมือในการทำงาน เช่น การเดินในขณะที่แขนหรือมือต้องอาศัยการเคลื่อนไหวที่มีความละเอียด และความซับซ้อนในการทำงาน เช่น การพิมพ์งานหรือการหยิบจับวัตถุชิ้นเล็ก ๆ เป็นต้น ดังนั้นเราจึงสามารถพบผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งของขาสามารถเดินได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีการอุดตันของ anterior cerebral artery จะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของขามากกว่าแขน ลำดับขั้นการฟื้นตัวของระบบประสาทสั่งการ (Stages of motor recovery) โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะมีรูปแบบการฟื้นตัวของระบบประสาทสั่งการดังนี้ (จิตติมา แสงสุวรรณ, ๒๕๖๐; ภัทรา วัฒนพันธุ์, ๒๕๖๐)

๑. Flaccidity มักเกิดระยะแรกหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาจยังไม่พบว่ามี reflex หรือ voluntary movement

๒. Spasticity presented ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีการเกร็ง เวลาขยับแขนขาผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีแรงต้าน ยังไม่พบว่ามี voluntary movement

๓. Marked spasticity, voluntary synergy มีการเกร็ง และมีการเคลื่อนไหวโดยรวม (mass movement) เช่น หากผู้ป่วยจะกางไหล่ก็อาจมีการงอศอก และนิ้วมือร่วมด้วย โดยมักพบว่าที่แขนจะเป็น

flexor synergy คือมีลักษณะงอเด่น คืองอศอก งอข้อมือ และนิ้วมือ ส่วนที่ขามักเจอเป็น extensor synergy คือเหยียดสะโพก เหยียดเข่า และข้อเท้าเป็น plantar flexion

๔. Decreased spasticity อาการเกร็งลดลง และหากเคลื่อนไหวในบริเวณที่มี synergy น้อยอาจไม่ทำให้เกิด mass movement เช่น หากเคลื่อนไหวนิ้วอาจไม่เกิดการงอศอก และงอข้อมือ

๕. Spasticity wanes อาการเกร็งหายไปยกเว้นตอนที่มีการเคลื่อนไหวข้ออย่างรวดเร็ว ลักษณะ synergy น้อยลงแม้จะขยับบริเวณที่มักจะทำให้เกิด synergy เช่น ตอนนี้หากกางไหล่ก็จะไม่ทำให้เกิดการงอศอก งอข้อมือ และนิ้วมือแล้ว

๖. Near normal ผู้ป่วยเริ่มสามารถเคลื่อนไหวโดยไม่มี การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออื่น คล้ายปกติ แต่อาจมีความผิดปกติหากต้องเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วหรือทำการเคลื่อนไหวที่มีความซับซ้อนสูง

๗. Normal มีการเคลื่อนไหวปกติ และมี muscle tone ปกติ และมี coordination ปกติ ทั้งนี้การฟื้นตัวของผู้ป่วยอาจจะหยุดที่ขั้นใดขั้นหนึ่งก็ได้ แต่ขั้นการฟื้นตัวจะเป็นตามนี้ และไม่มีการข้ามขั้น

การประเมินเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (Evaluation for rehabilitation program) การประเมินผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจในการวางแผนการให้การดูแลรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในระยะยาวหรือไม่ โดยมีการประเมินผู้ป่วยเพื่อการคัดกรอง เข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้ (จิตติมา แสงสุวรรณ, ๒๕๖๐; ภัทรา วัฒนพันธ์, ๒๕๖๐)

๑. สภาวะทางการแพทย์ โดยสภาวะทางการแพทย์คงที่ จะหมายถึง ไม่มีใช้ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์ และการเปลี่ยนแปลงการรักษาที่สำคัญภายใน ๔๘ ชั่วโมง รวมถึงอาการทางระบบประสาทคงที่หรือดีขึ้น

๒. สมรรถภาพ ซึ่งการประเมินสมรรถภาพ แบ่งได้เป็น

๒.๑ การประเมินการเคลื่อนไหว และการรับรู้รู้สึก

๒.๑.๑ การประเมินประสาทสั่งการ

๒.๑.๒ การประเมินประสาทรับ ความรู้สึก

๒.๑.๓ การควบคุมการประสาน งานการเคลื่อนไหว

๒.๑.๔ พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ

๒.๑.๕ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การประเมินอาการเกร็งของกล้ามเนื้อโดยใช้ Modified

Asthworth Scale (MAS)

๒.๒ การประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น Barthel index ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ๑๐ หัวข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การหวีผม การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวการเดิน และการใช้บันได

๒.๓ การประเมินการสื่อความหมาย โดยประเมินว่าผู้ป่วยสามารถพูดได้หรือไม่ มีปัญหาการพูดไม่ชัด (dysarthria) หรือไม่ฟัง เข้าใจและสามารถทำตามคำสั่งได้หรือไม่ พูดตามได้หรือไม่ รวมถึงการประเมินการอ่านและการเขียน

๒.๔ การประเมินการกลืน โดยใช้ประเมินคัดกรองการกลืน

๒.๕ การประเมินสติปัญญา และการรับรู้ ซึ่งอาจจะใช้แบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) ประเมินเบื้องต้นโดยค่าปกติควรมากกว่า ๒๓ คะแนน

จุดมุ่งหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังต่อไปนี้

๑. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการนอนนาน ๆ หรือการขาดการเคลื่อนไหว

๒. ฝึกฝนให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
๓. ฟื้นฟูสภาพจิตใจทั้งผู้ป่วย และครอบครัว
๔. สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม
๕. ช่วยป้องกันการเกิด recurrent stroke โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น ๒ ระยะ ได้แก่ (จิตติมา แสงสุวรรณ, ๒๕๖๐; ภัทรา วัฒนพันธุ์, ๒๕๖๐)

๑. ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นระยะที่สภาวะทางการแพทย์ยังไม่คงที่ ดังนั้น เป้าหมายการฟื้นฟูระยะนี้จึงเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เน้นการป้องกันที่อาจจะเกิดจากภาวะการขาดการเคลื่อนไหว (deconditioning) ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) เป็นต้น ซึ่งหากมีการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ดังนั้นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จะเน้นการบริหารข้อ (range of motion exercise) และการจัดท่า (bed positioning)

๑.๑ การบริหารข้อควรบริหารทุกข้อทั้งข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อนิ้วมือ ข้อสะโพก ข้อเข่า และข้อเท้า ซึ่งมีข้อควรปฏิบัติ ดังนี้

๑.๑.๑ ควรเคลื่อนไหวข้ออย่างช้า ๆ ให้สุดองศาการเคลื่อนไหวปกติ ค้างไว้ประมาณ ๑๐

วินาที

๑.๑.๒ ควรทำซ้ำประมาณท่าละ ๓-๕ ครั้งต่อรอบ ทำวันละ ๑-๒ รอบ

๑.๒ การจัดทำ การจัดทำนอนผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันข้อยึดติด ป้องกันการบวมของด้านที่มีอาการอ่อนแรง และป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยควรได้รับการพลิกตะแคงตัวอย่างน้อย ๑ ครั้งในทุก ๆ ๒ ชั่วโมง และในการพลิกตะแคงตัวแต่ละครั้งควรจะต้องมีการจัดทำผู้ป่วยให้ถูกต้อง

๑.๒.๑ ท่านอนหงาย การจัดทำในการนอนหงายโดยกางไหล่ผู้ป่วยให้อยู่ในแนว ๙๐ องศา จัดวางมือให้สูงกว่าศอก และศอกสูงกว่าไหล่ เพื่อป้องกันการบวม อาจมีม้วนผ้าขนหนู หรืออาจใช้เป็นที่ตามมือในมือเพื่อป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่ข้อมือ ควรใช้หมอนหรือม้วนผ้าขนหนูที่บริเวณ greater trochanter เพื่อป้องกันการ external rotation ของช่วงสะโพก นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการ support ที่ฝ่าเท้าด้วย foot board เพื่อป้องกันการหดสั้นของเอ็นกล้ามเนื้อ achilles tendon

๑.๒.๒ ท่านอนตะแคง สำหรับการจัดทำในท่านอนตะแคง ควรใช้หมอนรองใต้ข้อแขน และต้นแขนผู้ป่วย และใช้หมอนอีกใบรองใต้ขาผู้ป่วยใน ช่วงระหว่างขาและข้อเท้า ที่มีม้วนผ้าขนหนูในมือเพื่อป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่ข้อมือ นอนตะแคงทับได้ทั้งข้างที่ปกติ และข้างที่อ่อนแรง จัดศีรษะให้โน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย ลำตัวตรง แขน และขาที่อยู่ด้านบนมีหมอนรองรับ ในผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาเรื่องข้อไหล่เลื่อนหลุด (shoulder subluxation) ควรระวังเวลาช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทาง ไม่ควรดึงกระชากแขนข้างที่อ่อนแรง นอกจากนี้ในระยะเฉียบพลันอาจพบปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้ ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ ๔๐ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีอาการสำลักโดยไม่ปรากฏอาการ (silent aspiration) ดังนั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรได้รับการประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับการกลืน และการดูแลทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสม และไม่ควรรีบรับประทานอาหารทางปากจนกว่าจะประเมินว่ากลืนได้อย่างปลอดภัยเพื่อช่วยลดปัญหาการเกิดปอดอักเสบ ติดเชื้อจากการสำลัก

๒. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation phase) แบ่งได้เป็น

๒.๑ การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเบา (less intensive rehabilitation program) สำหรับผู้ป่วยที่ทำตามคำสั่งได้ ๑ ขั้นตอน และนั่งได้ประมาณครึ่งชั่วโมง

๒.๒ การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ (intensive rehabilitation program) สำหรับผู้ป่วยที่ทำตามคำสั่งได้ ๒ ขั้นตอน เรียนรู้ได้ และสามารถนั่งทรงตัวได้อย่างน้อย ๒ ชั่วโมง เป้าหมายการฟื้นฟูสภาพในขณะนี้คือ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามศักยภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ สามารถไปไหนมาไหนได้ สามารถกลับเข้าสู่สังคมทำงานอดิเรก และประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสม รวมถึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพยังคงทำการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อ และการจัดท่าขณะอยู่ที่เตียงเหมือนช่วงระยะเฉียบพลัน แต่จะมีการให้โปรแกรมอื่น ๆ เสริมเข้ามาตามศักยภาพของผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

๑. ภาวะข้อไหล่เลื่อนหลุด (Shoulder subluxation) การเกิดข้อไหล่เลื่อนหลุด (shoulder subluxation) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากข้อไหล่เป็นข้อที่อาศัยความมั่นคงจากกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่ ดังนั้นเมื่อมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่พยุงข้อไหล่ จึงทำให้ข้อไหล่ไม่สามารถรักษาตำแหน่งหัวของกระดูกต้นแขนไว้ได้ ประกอบกับลักษณะของ glenoid fossa ซึ่งเป็น downward slope จึงทำให้ข้อไหล่มีโอกาสเลื่อนหลุดได้ง่าย การรักษาเพื่อป้องกันการเกิดข้อไหล่เลื่อนหลุดในผู้ป่วยโดยใช้เครื่องพยุงไหล่ เช่น bobath sling เพื่อป้องกันการเคลื่อนของข้อไหล่ขณะยืนหรือเดิน การจัดทำผู้ป่วยโดยใช้หมอนรองบริเวณข้อศอกเมื่อผู้ป่วยนั่งก็จะช่วยป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อไหล่ได้ นอกจากนี้ในบางการศึกษาพบว่า การกระตุ้นกล้ามเนื้อ ด้วยไฟฟ้ายังช่วยลดการเคลื่อนหลุดของข้อไหล่ได้เช่นกัน

๒. อาการปวดไหล่ (Shoulder pain) อาการปวดข้อไหล่และแขนเป็นภาวะที่พบได้บ่อยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดในระยะแรกหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๒-๓ สัปดาห์จนถึง ๖ เดือน อุบัติการณ์การเกิดมักเกิดในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อมาก มากกว่าผู้ป่วยที่มีกำลังกล้ามเนื้อดี ในผู้ป่วยบางรายอาการปวดไหล่เกิดจากปัญหาเดิมก่อนการป่วย เช่นผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาเรื่อง rotator cuff tendinitis ปัญหาของอาการปวดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักมาจาก glenohumeral subluxation, spasticity และ contracture ดังนั้นการป้องกันการเกิดอาการปวดไหล่จึงควรดูแลผู้ป่วยมีการวางตำแหน่งของแขนอย่างถูกต้อง และเหมาะสมในแต่ละ position และหลีกเลี่ยงการดึงแขนผู้ป่วยรวมทั้งการใช้อุปกรณ์ในการพยุงข้อไหล่

สำหรับการเกิดภาวะ shoulder hand syndrome (complex regional pain syndrome) ซึ่งเป็นอาการปวดไหล่ ไหล่ติด และมีการปวดบวมแดงของมือ รวมถึงมีลักษณะผิวหนังเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับแขนอีกข้าง สามารถพบได้ประมาณ ๑๖-๔๘ % ของผู้ป่วย โดยพบได้บ่อยในช่วง ๒ สัปดาห์ถึง ๗ เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

- ระยะ acute ผู้ป่วยจะมีอาการปวด บวมแดงและร้อนบริเวณมือและนิ้ว
- ระยะ dystrophic อาการปวดบวมลด ลง เริ่มมีข้อติดยึด
- ระยะ atrophic มีการลีบของกล้ามเนื้อ และกระดูกบาง

สาเหตุของการเกิดโรคนั้นยังไม่แน่ชัดแต่คาดว่าเกิดจากการที่การตอบสนองต่อปฏิกิริยาการอักเสบของระบบประสาทมากผิดปกติ และระบบประสาท sympathetic ถูกกระตุ้นมากกว่าปกติ มักจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยมีอาการเกร็ง มีอาการอ่อนแรงมากหรือมีความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกมากหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าวควรให้การรักษาทันทีตั้งแต่เริ่มแรกการรักษาต้องรีบทำ Range

of motion exercise ร่วมกับการระงับปวดโดยให้ยาแก้ปวด หรือ NSAIDs กรณีที่เป็นมากพิจารณาให้ prednisolone ๓๐-๖๐ mg/วัน นาน๑๐-๑๔ วัน ร่วมกับการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อเพิ่มพิสัย การเคลื่อนไหวข้อ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เครื่องมือทางกายภาพ เช่น Transcutaneous Electrical Stimulation (TENS) ลดปวดได้ ภาวะนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการบริหารเคลื่อนไหวข้อ การจัดทำที่ เหมาะสม และการใช้อุปกรณ์คล้องแขนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อไหล่เคลื่อนไหวลด

๓. กล้ามเนื้อเกร็ง กล้ามเนื้อหดสั้น และข้อติด (Muscle spasticity, contracture and joint contracture) ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งพบได้ประมาณ ๑๘-๒๐ % ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะ กล้ามเนื้อเกร็งที่เกิดขึ้นนั้น ในบางอย่างก็สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาว่า การเกร็งนั้นเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษต่อผู้ป่วย เช่น การเกร็งของกล้ามเนื้อเหยียดขา ก็จะเป็นประโยชน์ต่อ การช่วยให้เดินได้ หรืออาการเกร็งนั้นเป็นโทษ เช่น อาการเกร็งที่มือทำให้ผู้ป่วยเหยียดนิ้วได้ไม่สุดทำให้ทำ ความสะอาดบริเวณมือลำบาก การเกร็งแบบนี้จึงควรได้รับการรักษา ซึ่งการรักษาจะเริ่มตั้งแต่การจัดท่า การ ออกกำลังกายเพื่อเหยียดเอ็นกล้ามเนื้อและการใช้ยา หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อโดยทั่วทั้ง ด้านในข้างที่เป็นอัมพาตก็อาจต้องให้การรักษาด้วยยา เช่น baclofen, diazepam หรือ tizanidine แต่หาก ผู้ป่วยมีปัญหาการเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นบางส่วนหรือบางตำแหน่ง อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยา รักษา เฉพาะที่ เช่น botulinum toxin หรือ การทำ phenol nerve block เพื่อลดอาการเกร็ง

๔. ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) มักเกิดในผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบากทำให้ การเคี้ยวและการกลืนอาหารไม่สัมพันธ์กัน ดังนั้นในผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจาก การสำลักสูง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี มีปัญหา dysarthria หรือ aphasia มีความพิการหลัง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก มี cognitive impairment มีความเสี่ยงต่อการเกิด aspiration pneumonia มากขึ้น ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอาจต้องพิจารณาให้ได้รับการตรวจประเมินการกลืนด้วยวิธี videofluoroscopic swallowing study เพื่อประเมินความ ปลอดภัยและความเสี่ยงต่อการสำลักในอนาคต

๕. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้ประมาณ ๒๐- ๓๐% ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งอาจมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความเครียดที่ต้องเผชิญกับภาวะพิการของร่างกาย และอาจเกิดจากพยาธิสภาพของสมอง โดยเฉพาะส่วน frontal lobe ที่มีผลทำให้ระดับ noradrenaline, dopamine และ serotonin ลดลง นอกจากนั้นยังมีการศึกษาว่าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการหลั่ง proinflammatory cytokines เช่น IL-๑, IL-๑๘, TNF-alpha ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบบริเวณ limbic area ทำให้ระดับ serotonin ในสมองลดลง การรักษาต้องเริ่มจากให้การวินิจฉัยให้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า โดยสังเกตลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกจะมีอาการหดหู่ ซึมเศร้า ไม่สนใจในการพบปะพูดคุยกับผู้อื่น อาจมี ความผิดปกติของการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก เหนื่อยเพลียง่าย ไม่อยากรับประทานอาหาร ไม่สนใจ สิ่งรอบข้าง ไม่อยากทำกายภาพบำบัด เป็นต้น ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือด สมองมักให้การรักษาโดยใช้ยา antidepressant ซึ่งจะตอบสนองดีต่อรักษาด้วยยา กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) นอกจากนี้ยังต้องร่วมกับการปรับพฤติกรรม (behavioral modification) และการประคับประคองจิตใจ (psycho support) จากคนรอบข้าง

๖. การหกล้ม (Falling) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือการทรงตัว ทำ ให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจึงควรได้รับคำแนะนำเพื่อปรับสภาพบ้านและ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เช่น ทำราวในห้องน้ำให้ผู้ป่วย จัดให้บ้านมีความสว่างเพียงพอ และทำทางเดินให้โล่งปราศจากสิ่งกีดขวางที่จะทำให้ผู้ป่วยสะดุดหรือหกล้มได้

๗. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Deep vein thrombosis) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบได้ประมาณ ๑๐% ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะนี้คือผู้ป่วยที่มีความพิการอยู่เดิม หรือผู้ป่วยที่มีระดับ CRP ในเลือดสูง มีภาวะ dehydration และมีโรคมาเรียม ผู้ป่วยจะมีการปวด บวม บริเวณที่หลอดเลือดดำมีการอุดตันจากลิ่มเลือด ซึ่งบริเวณที่พบได้มากที่สุดคือ หลอดเลือดดำบริเวณน่อง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีเพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด emboli หลุดไปที่ปอดซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิด pulmonary embolism ตามมาได้

๘. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ในช่วงแรกอาจเกิดจากภาวะการตื่นตัวของผู้ป่วยยังไม่ดีรวมถึงการเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้มีปัญหาเรื่องของการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายต้องใส่สายสวนปัสสาวะและทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะดังนั้นก็ควรรับเอาสายสวนปัสสาวะออกให้เร็วที่สุด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะพบได้บ่อยประมาณ ๑๕-๒๕ % ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ทั้งกรณี que ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก (urinary retention) และปัสสาวะเล็ดราด (urinary incontinence) ซึ่งสามารถฝึกได้โดยฝึกปัสสาวะเป็นเวลา (timed voiding) เช่น ปัสสาวะทุก ๒ ชั่วโมง ร่วมกับกรงดน้ำดื่มเวลากลางคืน ถ้าควบคุมได้ค่อยเพิ่มเวลาเป็นทุก ๔ ชั่วโมง และค่อย ๆ ห่างออกจนสามารถปัสสาวะได้ปกติ ถ้ายังมีปัสสาวะเล็ดราดอยู่ให้ยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic เช่น Amitriptyline, Oxybutanin, Oxyphencyclimine เป็นต้น พิจารณาใช้ผ้ารองซับหรือถุงกักเก็บปัสสาวะกรณีที่ผู้ป่วยยังมีปัสสาวะเล็ดราด สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ภาวะปัสสาวะเล็ดราดเกิดจากการที่ไม่สามารถสื่อสารได้ต้องฝึกการสื่อสารให้ กับผู้ป่วยด้วย โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะคือ เพศหญิง มีความพิการหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง และอายุมาก รวมถึงการคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ในแง่ของความสามารถของพยาบาลในการดูแลเรื่องกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งความสามารถของพยาบาลดังกล่าวพยาบาลจะต้องเป็นผู้วางแผนการดูแลตนเอง เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย วิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองดังนี้

๑. ช่วยปฏิบัติหรือกิจกรรมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย หรือช่วยผู้ป่วยให้แสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง

๒. ร่วมมือกับผู้ป่วย และบุคลากรอื่น ๆ ในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างแผนการแสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง

๓. ช่วยผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรอื่น ๆ ให้การดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างเหมาะสม และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับความสนใจ สติปัญญา และเป้าหมายของผู้ป่วย

๔. ชี้แนะให้แนวทาง และสนับสนุนผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหรือคงไว้ซึ่งกิจกรรมตามความสามารถของผู้ป่วย

๕. กระตุ้นความสนใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการตั้งปัญหา และส่งเสริมการซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

๖. สนับสนุนชี้แนะให้ผู้ป่วยให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ และจัดสิ่งกระตุ้นเพื่อการเรียนรู้

๗. สนับสนุนชี้แนะให้ผู้ป่วยตามประสบการณ์ในการเจ็บป่วยหรือการสูญเสียความสามารถตามความต้องการของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งสนับสนุน ชี้แนะแนวทางใหม่

๘. ประเมิน และช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการประเมินหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง

๙. ตัดสินเกี่ยวกับประสิทธิภาพ และประสิทธิผลการดูแลตนเองการปรับหรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองรวมทั้งช่วยเหลือจากพยาบาล

๑๐. ตัดสินเกี่ยวกับความหมายของผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพยาบาลเพื่อที่จะก่อให้เกิดสวัสดิภาพในผู้ป่วย

บทบาทในการดูแลผู้ป่วยจึงนำกิจกรรมนันทนาการมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยสร้างแผนการทำกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่รับไว้แบบผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายตามวัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังฟื้นระยะวิกฤต และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายนอกจากจากการมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายแล้วจะมีความหลากหลายของปัญหาทั้งในเรื่องของความคิดความจำ การพูด การกลืนอาหาร การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กโดยเฉพาะการใช้มือ (Hand function) นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านจิตใจ มีความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า บางรายมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแล เพื่อให้กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะกิจกรรมทางการพยาบาลของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุซึ่งมีความแตกต่างกับกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเน้นไปที่กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีความครอบคลุมกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลแบบองค์รวม จึงมีการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยในช่วงเช้าขึ้นซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมการรักษาพยาบาล ประกอบกับโรงพยาบาลยังขาดนักกิจกรรมบำบัด(Occupational therapist) และนักฝึกพูด (Speech therapist) ซึ่งผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแลส่วนใหญ่จะมีปัญหาดังกล่าว ตารางการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม โดยนำหลักของกระบวนการกลุ่ม (Group process) ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning theory) และนันทนาการ (Recreation) รวมทั้งความรู้ที่ได้รับจากนักกิจกรรมบำบัดและนักอรรถบำบัดมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม โดยกิจกรรมประกอบด้วยระยะเปิดกลุ่ม สร้างสัมพันธ์ภาพความคุ้นเคยของสมาชิกกลุ่ม การ orientation ระยะดำเนินการกลุ่มประกอบด้วย กิจกรรมการบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การฝึกประสาทสั่งการ การบริหารปากและลิ้น การฝึกพูดออกเสียง การฝึกความคิดและความจำ ระยะสรุปกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นซักถาม ปัญหาและข้อสงสัย ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแล และการทำกิจกรรมกลุ่มรวมทั้งนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งในกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดการเรียนรู้สร้างสัมพันธ์ภาพเกิดการช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม (Self help group) ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับและเทคนิคการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งใน ทางปฏิบัตินั้นพยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่มและประสานแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของทีมสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการและประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้

ตลอดเวลา ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกราย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งในอุดมคติแล้วควรเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือรับไว้ในความดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ กล่าวคือพยาบาลต้องประเมินปัญหาและความต้องการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะพึ่งพาได้ในชุมชน แล้วจึงวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อกำหนดเป้าหมาย ทิศทางในการปฏิบัติ แผนการให้ความรู้ แผนการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ แล้วทำการประเมินว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ปฏิบัตินั้นประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ยังคงต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสุขภาพสาขาใด หรือต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใด หรือต้องการการส่งต่อการดูแลไปยังหน่วยบริการอื่นหรือไม่ เป็นต้น

แผนการจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องสามารถแสดงให้เห็นถึงแผนการฟื้นฟูสภาพ และการให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระเบียบขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสื่อสารให้ กับพยาบาลในทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในสถานบริการอื่นได้ทราบถึงสภาพความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย และแผนการดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ซึ่งนับเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาสุขภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่าย ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการพยาบาลของกองการพยาบาลมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่ายเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกระทำควบคู่กันในขณะที่ให้การพยาบาล พยาบาลวิชาชีพต้องมีทักษะต่าง ๆ ในการประเมินปัญหา และคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้ป่วย เช่น ทักษะการฟัง การสังเกต การตรวจร่างกาย การสัมภาษณ์ และการบันทึกเพื่อสื่อความหมายให้ กับทีมงานได้รับรู้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินที่ใช้บันทึก ได้แก่ ใบประเมินสมรรถนะผู้ป่วย และแบบประเมินต่าง ๆ ซึ่งประเด็นสำคัญที่พยาบาลจะต้องประเมินคือสภาพร่างกาย จิตใจ และความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วย ทั้งขณะอยู่ในระยะวิกฤต และเมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้ว หรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นข้อจำกัดในการดำเนินการ โดยประเมินถึงแนวโน้มที่อาจเกิดปัญหาภายหลังจำหน่าย ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยประเมินบุคคลหรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน และประเมินครอบครัวเพื่อหาผู้ดูแล ซึ่งมักจะเป็นคนในครอบครัวผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องค้นหาผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายหลังจำหน่าย พยาบาลควรประเมินถึงความสามารถและความเหมาะสมของผู้ที่ได้รับการสอน เพื่อวางแผนการสอนให้ตรงตามความเหมาะสมของแต่ละคน

ขั้นตอนที่ ๒ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย โดยวินิจฉัยตามปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ และวินิจฉัยตามการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้านภายหลังจำหน่าย

ขั้นตอนที่ ๓ การกำหนดแผนการจำหน่ายโดยการนำ เอาข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาและการวินิจฉัยปัญหามาประกอบในการกำหนดแผน โดยมีการกำหนดร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว

มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวิธีประเมินผล มีเนื้อหาในแผนการจำหน่ายที่สื่อความหมาย ในทางปฏิบัติทั้งสาระ และวิธีการปฏิบัติ ซึ่งควรประกอบด้วยประเด็นหลัก ๆ ที่ใช้ในการสอนหรือพัฒนา ความสามารถด้านต่าง ๆ และเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น แผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D M – E – T – H – O – D ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความครอบคลุมเรื่องการให้ คำแนะนำในเรื่องโรค การปฏิบัติตัว และเป็นวิธีการที่ช่วยลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน โรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบ D M – E – T – H – O – D มีรายละเอียด ดังนี้

D ย่อมาจาก Diagnosis ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ การปฏิบัติ ตัวที่ถูกต้อง

M ย่อมาจาก Medication ผู้ป่วยต้องได้รับแนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด เกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ วิธีใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

E ย่อมาจาก Environment & Economic ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการ จัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องได้รับการฝึกฝนอาชีพใหม่ เป็นต้น

T ย่อมาจาก Treatment ผู้ป่วย และครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมี ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ต้องมีทักษะในการเฝ้าระวังสังเกตอาการแสดงตนเอง และ สามารถรายงานอาการนั้นแก่แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วย ตนเองอย่างเหมาะสม

H ย่อมาจาก Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัด อะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้อง สามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการ ฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

O ย่อมาจาก Outpatient Referral ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมา ตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือถ้าใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะ ฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนั้น Outpatient Referral ยังหมายถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ควรมีการส่งแผนการจำหน่าย โคนสรุปแผนการจำหน่ายต่อเนื่องไปยัง เจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

D ย่อมาจาก Diet ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม กับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในที่นี้หมายถึงสารเสพติด ต่าง ๆ ด้วย

ขั้นตอนที่ ๔ การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการ ปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย โดยมีหน้าที่เป็นผู้วางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรในทีมการพยาบาลต่าง ๆ มี ส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน ติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและดูแลให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นลาย ลักษณะอักษร

ขั้นตอนที่ ๕ การประเมินผลเป็นการประเมินผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยการใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น การตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถาม ทดลองให้ฝึก

ปฏิบัติ และการประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้หรือความก้าวหน้าของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล เป็นต้น ซึ่งหากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเกณฑ์อาจต้องย้อนกลับไปสู่ขั้นตอนที่ ๑-๔ ใหม่

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด

ความปวด คือประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดร่วมกับการบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้านความรู้สึกรวมถึง อารมณ์ และสังคม ความปวดมี ๒ ประเภท ได้แก่

๑. ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) หมายถึงความปวดเฉียบพลัน เป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น มีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด เป็นความปวดที่มีสาเหตุ เมื่อพยาธิสภาพหาย ไป อาการปวดก็หาย ไปด้วย เช่น ความปวดแผลหลังผ่าตัด หรือหลังอุบัติเหตุ

๒. ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึง ความปวดที่ยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บบ่อยครั้ง ไม่สามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวด มักมีอาการปวดอยู่นานเกินกว่า ๓ เดือน

การประเมินความปวด (Pain assessment) หมายถึง การรวบรวมข้อมูลความปวดเพื่อแสดงถึงความรู้สึกรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วย แพทย์ และทีมการรักษาพยาบาล การประเมินความปวดมีหลายชนิด โดยทั่วไปมักประเมินความรุนแรงของความปวด (Pain severity assessment) ซึ่งความรุนแรงนี้จะบ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และความเร่งด่วนของการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเลือกใช้อาการที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความปวดของตนเอง และให้ระดับความรุนแรง (Self-report) นับเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุดในการประเมินความรุนแรงของการปวด แต่ถ้าไม่สามารถประเมินความปวดด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกตัว สื่อสารไม่ได้ ให้ใช้เครื่องมือที่เป็น การสังเกตอาการแสดง สีหน้า และพฤติกรรม ขั้นตอนการประเมินความปวด มีดังนี้

๑. ให้ความรู้ในการประเมินความปวดกับผู้ป่วย และญาติ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ความหมายของการประเมินตามขั้นตอนดังนี้

- ๑.๑ แสดงเครื่องมือประเมินความปวดให้ดู และบอกวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือ
- ๑.๒ อธิบายถึงส่วนประกอบของเครื่องมือประเมินความปวด
- ๑.๓ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ Pain concept ตามคำจำกัดความ
- ๑.๔ ทดสอบความเข้าใจผู้ป่วย
- ๑.๕ ให้ผู้ป่วยทดลองใช้เครื่องมือประเมินความปวด และบอกระดับความปวด
- ๑.๖ ตั้งเป้าหมายในการจัดการความปวดร่วมกันโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมว่าจะจัดการความปวดด้วยวิธีใด

วิธีใด

๒. เลือกใช้เครื่องมือประเมินวัดระดับความปวด (Pain scale) ซึ่งมี ๔ แบบ คือ

๒.๑ Numeric Pain Rating Scale ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าใจความหมายของตัวเลขและสามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้เช่นใช้กับผู้ใหญ่หรือเด็กที่มีอายุมากกว่า ๖ ปีขึ้นไป

๒.๒ Wong Baker FACES Pain Rating Scale ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจและไม่สามารถสื่อสารเป็นตัวเลขได้เช่นใช้กับเด็ก

๒.๓ Behavior Pain Scale (BPS) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยวิกลจริตหรือผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวน้อยลง

๒.๔ Critical care Pain Observation Tool (CPOT) เป็นเครื่องมือที่ความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้คะแนนความปวดได้ เช่น ผู้ป่วยวิกลจริตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วยที่ได้รับยาทำให้ง่วงซึม (sedation) และผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด

๒.๕ ประเมินความปวดพร้อมการวัดสัญญาณชีพหลังทำหัตถการหรือเมื่อผู้ป่วยบอกปวดรวมทั้งก่อนและหลังการจัดการความปวดทุกครั้ง

๒.๖ กรณีใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Strong opioids ต้องประเมิน sedation score (ระดับความง่วงซึม) ทั้งก่อนและหลังได้รับยาทุกครั้งจะให้ได้เมื่อ sedation score ๐-๑ เท่านั้น กรณี sedation score มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ และอัตราการหายใจน้อยกว่า ๑๐ ครั้งต่อนาที ปฏิบัติดังนี้

๒.๖.๑ รายงานแพทย์ทันที

๒.๖.๒ เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง อาจให้นอนตะแคงหากไม่มีข้อห้าม

๒.๖.๓ ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

๒.๖.๔ สังเกตอาการติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และให้งดยาแก้ปวดไปรองจนกว่า sedation Score น้อยกว่า ๒ และอัตราการหายใจมากกว่า ๑๐ ครั้งต่อนาที

๒.๖.๕ เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมและอาจพิจารณาให้ยา Naloxone ครั้งละ ๐.๑ mg IV และลดขนาดยา Opioids ลง ๒๕% ในครั้งต่อไป (ตามแผนการรักษาของแพทย์)

การจัดการความปวด (Pain management) การจัดการความปวด แบ่งเป็น ๒ วิธี คือ การจัดการความปวดโดยใช้ยา และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

๑. การจัดการความปวดโดยใช้ยา มียาที่ใช้มี ๒ กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

๑.๑ ยาชาเฉพาะที่ (local anesthetic drugs) โดยการฉีดที่แผลผ่าตัด local infiltration, peripheral nerve block และ epidural analgesia

๑.๒ ยาแก้ปวด (analgesic drugs) สามารถบริหารได้หลายวิธี เช่น การรับประทาน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง แปะผิวหนัง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหยดต่อเนื่องเข้าหลอดเลือดดำ และ epidural/spinal injection หรือ infusion แบ่งได้ดังนี้

๑.๒.๑ Non-opioid analgesic drugs ประกอบด้วย ยา Acetaminophen และ Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) การบริหารยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น Diclofenac, Piroxicam, Tenoxicam และ Parecoxib

๑.๒.๒ Opioid analgesic drugs แบ่งเป็นยาในกลุ่ม Weak opioids เช่น Codeine, Tramadol และ Strong opioids เช่น Morphine, Pethidine, Fentanyl เป็นต้น Adjuvant analgesic drugs ยาแก้ปวดกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Anxiolytic, Antihistamine, Corticosteroid, Antipsychotic, Anticonvulsant และ Antidepressant ซึ่งยาเหล่านี้ เมื่อนำมาใช้ร่วมกับยาแก้ปวดแล้วทำให้สามารถแก้ปวดได้ดีขึ้น ลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลง และทำให้ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวดน้อยลง

๒. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา อาจใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด หรือประยุกต์ใช้บรรเทาความปวดเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของยาบรรเทาปวด และลดการใช้ยาบรรเทาปวด ได้แก่

๒.๑ การลดความวิตกกังวลโดยให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

๒.๒ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique) เช่น การทำสมาธิ ฟังธรรมะ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ฟังเรื่องฮาซัน และการเล่นเกม

๒.๓ การจัดทำผู้ป่วย (positioning) จัดท่าทางขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป

๒.๔ การนวด (massage) ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และหลอดเลือดขยายตัวทำให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้น

๒.๕ การสัมผัส (touching) การสัมผัสด้วยความตั้งใจและสนใจ เป็นการสื่อถึงการสร้างความมั่นใจ ความอบอุ่นใจ ต่อผู้ที่ได้รับการสัมผัส ช่วยลดความวิตกกังวล

๒.๖ การใช้ความร้อนหรือความเย็น เช่น heating pad, warming towel, cold-hot pack ประคบลงบนผิวหนัง ที่มีอาการปวดหรือรอบ ๆ บริเวณที่ปวด

การดูแลหลังการจัดการความปวด ผู้ป่วยปวดทุกรายได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดเป็นสัญญาณชีพตัวที่ ๕ (pain as the fifth vital sign) ภายหลังจากจัดการความเจ็บปวดแล้วต้องติดตามประเมินผลของการจัดการความปวดซ้ำ และติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงหรือ ภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการความปวด ดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้ยา

๑.๑ ประเมินระดับความปวดตามระยะเวลา ดังนี้

๑.๑.๑ ประเมินภายหลังจากได้รับยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำประมาณ ๑๕ นาที

๑.๑.๒ ประเมินภายหลังจากได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อประมาณ ๓๐ นาที

๑.๑.๓ ประเมินภายหลังจากได้ยารับประทานประมาณ ๑ ชั่วโมง

๑.๑.๔ ประเมินภายหลังจากได้รับ opioids ทาง epidural/spinal ทุก ๔ ชั่วโมงภายใน ๒๔

ชั่วโมงแรก

๑.๒ สังเกตติดตามอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดแต่ละชนิด

๑.๒.๑ ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม opioids ให้เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม หรือการกดการหายใจ

๑.๒.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ให้เฝ้าระวังผลข้างเคียงต่อไต ตับ ทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด การมีเลือดออกง่าย และการแพ้ยา

๑.๒.๓ ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินระดับความปวดภายหลังจากจัดการความปวดโดยพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละกิจกรรม

การบันทึกระดับความปวด และการจัดการความปวด ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล กำหนดปัญหาเรื่องความปวดใน Focus list เมื่อประเมิน Pain score ได้มากกว่า ๓ โดยบันทึกใน Nursing progress note แบบ AIE (Assessment Implement Evaluation) คือ การประเมินระดับความปวด การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา และผลลัพธ์ที่ได้ โดยลงบันทึกลักษณะการปวด ตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาการปวด พฤติกรรมที่แสดงออก การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย เพื่อการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง

การประเมินร่างกายตามระบบ (Physical examination)

แรกรับ: วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Score ๑๕ คะแนน (E๔M๖V๕) มาโดยรถเข็นนั่ง แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง มุมปากซ้ายตกเล็กน้อย พูดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน

สัญญาณชีพแรกจับ: อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๖ ครั้งต่อนาที หายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๘/๕๓ มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat ๙๙ % น้ำหนัก ๗๐ กก. ส่วนสูง ๑๗๐ ซม. BMI: ๒๔.๕๗ กก./ม^๒

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างท้วม สีผิวค่อนข้างคล้ำ ผิวหนังไม่แห้ง มีความตึงตัวของผิวหนังดี ชุ่มชื้น ไม่มีบาดแผลตามร่างกาย แขนขาข้างซ้ายมีอาการอ่อนแรง แขนซ้ายบวมถึงปลายมือ มีสีหน้าไม่สุขสบาย แหวดามีความกังวล ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลดี

ผิวหนังและเล็บ (skin & nail): ผิวหนังไม่แห้ง มีความตึงตัวของผิวหนังดี ชุ่มชื้นมีการกระจายตัวของขนทั่วร่างกายสม่ำเสมอเป็นปกติ เล็บมือ และเล็บเท้าตัดสั้น สะอาด ไม่มี clubbing of finger และ spoon nail

ศีรษะ (head): รูปร่างปกติสมมาตร ตั้งอยู่แนวกึ่งกลางของลำตัว ผมสั้นรองทรง ผมเส้นใหญ่สีขาว แขนดำ มีการกระจายตัวสม่ำเสมอ ผม และหนังศีรษะสะอาด ไม่มีรังแค หนังศีรษะไม่มี รอยแผลเป็นหรือก้อนนูนผิดปกติ กะโหลก และหนังศีรษะ คลำไม่พบก้อน ไม่มีกดเจ็บ

ใบหน้า (face): รูปร่างสมมาตร มีกระเล็กน้อยขึ้นตามใบหน้า ไม่มีการสังกระตุกของกล้ามเนื้อใบหน้า มีมุมปากซ้ายตกลึกเล็กน้อย ไม่มีน้ำลายไหล ไม่มีก้อนนูนหรือกดเจ็บบริเวณใบหน้า

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ V (trigeminal nerve) คลำ masseter muscle และ temporal muscle ขณะกัดฟันและอ้าปากต้านแรงได้ บอกตำแหน่งที่สำลีเขี่ยบริเวณหน้าผาก แก้ม และคาง ได้ถูกต้อง

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ VII (facial nerve) สามารถยกคิ้ว ยิ้ม และหลับตา ต้านแรงเปิดเปลือกตาได้

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ XI (spinal accessory nerve): สามารถต้านแรงได้ทั้งไหล่และหน้าด้านขวา ด้านซ้าย motor power grade ๐

ตา (Eyes): รูปร่างปกติ สมมาตรกัน เยื่อบุตาสีชมพู ไม่ซีด ไม่มีการอักเสบของกระจกตา (cornea) และเลนส์ตา (lens) ตาขาวสีขาว ตาดำสีน้ำตาลเข้ม ลูกตาทั้ง ๒ ข้างมีลักษณะกลม นุ่ม รูม่านตา (pupil) รูปร่างกลม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง ๒.๕ มิลลิเมตร ปฏิกริยาของรูม่านตา (pupil reaction to light reflex) รูม่านตาหดเล็กลงจากเดิมเมื่อถูกแสงไฟฉายส่อง เท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาไม่มีก้อนนูน ไม่มีกดเจ็บ ต่อม้ำตา และท่อน้ำตาปกติ ไม่มีกดเจ็บ ไม่มี discharge ไม่มีหนังตาดก หลับตาได้สนิททั้งสองข้าง ไม่มีตาโปน (eyes exophthalmos) กระพริบตาได้ปกติ ไม่ก้อน ขนตาสีดำ ไม่มีขนตาม้วนเข้าด้านในดวงตา มีการกระจายตัวของขนตาสม่ำเสมอ ขนคิ้วสีขาวปนดำ คิ้วดก การกระจายของขนคิ้วสม่ำเสมอ

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ II (optic nerve) Visual Acuity: สามารถอ่านตัวหนังสือในระยะ ๑ ฟุตได้ถูกต้องทั้ง ๒ ข้าง

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ III, IV, VI (oculomotor nerve, trochlear nerve, และ abducens nerve) extraocular muscle movement: มีการเคลื่อนไหวของลูกตาทั้ง ๒ ข้าง ทั้ง ๔ ทิศ ปกติ มีการเคลื่อนไหวของลูกตาสัมพันธ์กันทั้ง ๒ ข้าง eye convergence: การลู่เข้าของลูกตาทั้ง ๒ ข้างเท่ากัน ไม่มีการกระตุกของลูกตา จากการสังเกตขณะพูดคุย ลูกตาสามารถเคลื่อนที่ได้ตามปกติ ไม่มีการสังกระตุก visual field ลานสายตา ๒ ข้างเท่ากับผู้ตรวจ

หู (ears): ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีผิดปกติ อยู่ในแนว eye-occipital line สมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อน ไม่มีแผลเป็น ไม่มีกดเจ็บ บริเวณกระดูก tragus และ mastoid ทั้งสองข้างไม่มีก้อน ไม่มีกดเจ็บ รูหู

(ear canal) ทั้ง ๒ ข้าง ไม่มีบาดแผล ไม่มี discharge ผิดปกติ ขี้หูแห้ง สะอาด ไม่มีสิ่งแปลกปลอม ไม่มีการทะลุของแก้วหู (ear drum)

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ VIII (acoustic nerve) ทดสอบการได้ยินโดยการขยี้นิ้วมือห่างจากหูผู้ป่วย ๖ นิ้ว ผู้ป่วยได้ยิน

จมูก (nose): รูจมูกทั้งสองข้างเท่ากัน สมมาตรกัน ไม่มีปีกจมูกบาน สันจมูกไม่คด ไม่มีรอยโรค ขนจมูกเรียงตัวสม่ำเสมอ เยื่อภายในรูจมูก (nasal mucosa) สีชมพูอ่อน ไม่มีการอักเสบบวมแดง ไม่มี discharge ผนังกันจมูก (nasal septum) ตรง ไม่เอียง nasal turbinate ไม่มีการอักเสบ ไม่มี nasal polyps บริเวณ frontal and maxillary sinus ไม่มีกดเจ็บ

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ I (olfactory nerve) ประเมินการได้กลิ่น จากการทดสอบการดมกลิ่นของผู้ป่วยสามารถรับกลิ่นได้ปกติทั้ง ๒ ข้าง

ปาก และลำคอ (mouth & throat): ริมฝีปากมีมุมปากข้างซ้ายตกลึกน้อย ไม่มีน้ำลายไหล ไม่มีปากกระตุก ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย เยื่อช่องปากและกระพุ้งแก้มสีชมพู ไม่มีการอักเสบบวมแดง ไม่มีแผลในช่องปาก คล้ำไม่พบก้อน ไม่มีกดเจ็บ ฟัน ๒๖ ซี่ มีฟันกรามล่าง ๑ ซี่ พบทันตแพทย์แล้ว รอควินดอดฟันอีกครั้ง เหงือกสีชมพู ไม่มีบวมอักเสบ ลิ้นมีสีชมพู ไม่มีฝ้าขาว ลิ้นสามารถรับรู้รสได้ปกติ ลิ้นไก่สีชมพู อยู่ในแนวกึ่งกลาง ต่อมทอนซิลไมโต ไม่พบการอักเสบบวมแดง ลำคอบริเวณคออยู่ในแนวตรง ไม่มีบวมแดง คล้ำไม่พบก้อน trachea อยู่ในแนวกึ่งกลางของลำคอ คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอและใบหน้าทั้ง ๑๐ ตำแหน่ง คล้ำไม่พบต่อมไทรอยด์โต คล้ำไม่พบก้อน ไม่มีกดเจ็บ

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ VII (facial nerve) ทดสอบการรับรสสามารถบอกรสที่ได้ถูกต้อง จากการสอบถามผู้ป่วยรับรู้รสชาติอาหารได้ปกติ

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ IX, X (glossopharyngeal and vagus nerve) ลิ้นไก่อยู่ในแนวกึ่งกลาง ไม่เอียงขณะร้อง “อา” dry swallowing: laryngeal elevation มากกว่า ๑ fingerbreadth, no delay ผู้ป่วยไม่มีสำลักเวลากินน้ำหรืออาหาร gag reflex ปกติ

- ประเมิน cranial nerve คู่ที่ XII (hypoglossal nerve) ลิ้นมีขนาดปกติ สามารถแลบลิ้นได้ตรง ลิ้นดันกระพุ้งแก้มต้านแรงได้ปกติ

ต่อมน้ำเหลือง (lymph node): คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต กดเจ็บทั้งบริเวณศีรษะและบริเวณรักแร้

ทรวงอกและปอด (thorax & Lung): ผิวคล้ำ ไม่มีรอยโรค ไม่มีผื่นและแผล ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีลักษณะอกบวม อกโก่ง อกถ่าง ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกัน คล้ำไม่พบก้อนไม่มีกดเจ็บ สัดส่วน AP diameter เท่ากับ ๑: ๒ ไม่มี abnormal bulging and retraction ของกล้ามเนื้อระหว่างช่องซี่โครง อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ไม่มี shortness of breathing ทรวงอกขยายเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง เคาะได้ยินเสียง resonance ที่ระดับเดียวกันเท่ากันทั้งสองข้าง เสียงหายใจทั้ง ๒ ข้าง clear ไม่มี crackles, rales, wheeze, rhonchi, และ pleural friction

หัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system): ผนังทรวงอกไม่มีการโป่งพองหรือบวมเข้า ไม่พบ heaving ไม่พบ abnormal pulsation มองไม่เห็นเส้นเลือด ไม่มีการโป่งพองของ great vessel ฟังได้ยินเสียง S๑, S๒ ตำแหน่งปกติ ฟังไม่พบ murmur ทุกตำแหน่ง อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๘ ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ

ท้อง (abdomen): ผิวสีน้ำตาล ไม่มีรอยโรค หน้าท้องกลมมน สมมาตรกัน สะดือสะอาด ไม่มีการโป่งนูนผิดปกติ no tenderness, no rigidity, no guarding คลำไม่พบตับม้ามโต ไม่พบก้อน ไม่มีกดเจ็บ ไม่พบภาวะไส้เลื่อน (inguinal hernia)

ระบบประสาท (nervous system):

- mental status: สีหน้าไม่สดชื่น รู้สึกตัวดี การแต่งตัวสะอาดเหมาะสมกับสถานที่ และอายุ พูดคุยรู้เรื่องไม่สับสน มีสมาธิจดจ่อ มีการรับรู้วัน เวลา บุคคล และสถานที่ถูกต้อง

- perception and cognition: พูดคุยรู้เรื่องไม่สับสน สื่อสารบอกความต้องการได้ รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีปัญหาการอ่านสะกดคำ ความจำ การสะกดคำและการคิดคำนวณต้องใช้เวลาในการนึกคิด

- sensation: by touch and temperature รับรู้อุณหภูมิร้อนเย็นและรับรู้การสัมผัส ร่างกายซีกขวารับสัมผัสได้เร็วและดีกว่าซีกซ้าย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal): โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอผิดรูปของกระดูกสันหลัง เช่น Scoliosis, Kyphosis แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดรูป

Motor System

Upper Extremities:

Shoulder joint:

- Right side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, no subluxation, muscle strength grade ๕, MAS ๐, full ROM

- Left side: no lesion, no scar, no mass, no deformity, มี subluxation ๑ Finger Breadths. muscle strength grade ๐, flaccid tone, มี limited ROM by pain at ๖๐ องศา มี mild tenderness and pitting edema ๑+,

Elbow joint:

- Right side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, muscle strength grade ๕, MAS ๐, full ROM

- Left side: no lesion, no scar, no mass, no deformity, muscle strength grade ๐, flaccid tone, มี mild tenderness and pitting edema ๑+

Wrist joint:

- Right side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, muscle strength grade ๕, MAS ๐, full ROM

- Left side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, muscle strength grade ๐, flaccid tone, limited ROM by pain at ๒๐ องศา มี mild tenderness and pitting edema ๑+, warmth

Fingers:

- Right side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, muscle strength grade ๕, MAS ๐, full ROM

- Left side: no lesion, no scar, no mass, no deformity, muscle strength grade ๐, flaccid tone, มี mild tenderness and pitting edema ๑+, warmth

Lower Extremities:

Hip joint:

- Right side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, muscle strength grade ๕, MAS ๐, full ROM

- Left side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, muscle strength grade ๐, flaccid tone, full ROM

Knee joint:

- Right side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, found cepitus, muscle strength grade. ๕, MAS ๐, full ROM

- Left side: no lesion, no scar, no mass, no deformity, muscle strength grade ๐, Flaccid tone มี pitting edema ๑+

Ankle joint:

- Right side: no lesion, no scar, no mass, not tenderness, no deformity, no pitting edema, muscle strength grade ๕, MAS ๐, full ROM

- Left side: no lesion, no scar, no mass, no deformity, muscle strength grade ๐, Flaccid tone, มี pitting edema ๑+

Function mobility

Bed mobility: independent

Supine to sit: independent

Sit to stand: with tripod cane and closed guarding

Sitting balance: good static and dynamic sitting balance

Standing balance: fair static and dynamic standing balance

Transfer bed <--> wheelchair minimal assistance

Ambulation: walk with tripod cane minimal assistance

ADL	Feeding	- Independent
	Transfer	- Moderate assistance
	Grooming	- Independent
	Toilet Use	- Moderate assistance
	Bathing	- Moderate Assistance
	Dressing	- Moderate assistance

สรุปสถานะผู้ป่วยในปัจจุบัน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๗ ปี รู้สึกตัวดี สีหน้าไม่สดชื่น สทนทนาโต้ตอบรู้เรื่อง Glasgow Coma Score ๑๕ (E๔M๖V๕) ออณหภูมิร่างกาย ๓๖.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๖ ครั้งต่อนาที หายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๘/๕๓ มิลลิเมตรปรอท O๒ Sat ๙๙% น้ำหนัก ๗๐ กก. ส่วนสูง ๑๗๐ ซม. BMI: ๒๔.๕๗ กก./ม^๒ มีอาการอ่อนแรงร่างกายซีกซ้าย motor power grade ๐ ทั้งแขนและขา ประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index เท่ากับ ๑๑/๒๐ คะแนน มีภาวะพึ่งพาาระดับปานกลาง รับประทานอาหารได้เอง ไม่สำลัก ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม Hendrich II Fall risk score เท่ากับ ๘/๒๐ คะแนน มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มระดับสูง ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดไหล่ และแขนซ้ายจากภาวะ shoulder hand syndrome (complex

regional pain syndrome) และภาวะข้อไหล่เลื่อนหลุด (Shoulder subluxation) ๑ Finger Breadths limited ROM by pain at ๖๐ องศา mild tenderness and pitting edema ๑+ ประเมิน Pain score ได้ ๕/๑๐ คะแนน ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม แต่งการออกแรงมากที่ร่างกายซีกซ้าย ร่วมกับการรักษาด้วยยา Prednisolone (๕ mg) ๒ tab po tid pc เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ และยาแก้ปวด Paracetamol (๕๐๐mg) ๑ tab po prn q ๖ hrs. for pain ความคิดความจำลดลง คิดได้ช้า ประเมิน MMSE-Thai ๒๐๐๒ ได้เท่ากับ ๒๒/๓๐ คะแนน มีปัญหาด้าน Orientation for time, Attention or Calculation, Recall และ visuoconstruction ประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS = ๑๓/๓๐ คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย มีความกังวลเกี่ยวกับภาวะพึ่งพา และอาการปวดรบกวนกระบวนการฟื้นฟูสภาพและการนอนหลับ มีภาวะท้องผูก ตึมน้ำน้อย ผู้ดูแลหลักคือ ภรรยา มีอาชีพเป็นแม่บ้านไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ประเมิน Caregiver Strain Index: CSI = ๙/๑๓ คะแนน มีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายทุกระบบพบปัญหาภาวะสุขภาพโดยรวม และสามารถสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านต่าง ๆ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกายไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันเนื่องจากร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายให้ผู้ป่วยและภรรยาเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของการเคลื่อนไหวที่บกพร่อง ความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

๒. สอนแนะนำ และกำกับติดตามภรรยาในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน วิธีการเสริมสร้างทักษะ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

๓. ให้คำแนะนำผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม เช่น การใช้รถเข็น ไม้ค้ำยัน ราวจับ อุปกรณ์ช่วยทำความสะอาดหลังใช้งาน เป็นต้น

๔. กำกับติดตามการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การฝึกการเคลื่อนไหว การฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน

๕. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวบริเวณที่มีความบกพร่อง ช่วยเหลือในการทำ passive exercise และส่งเสริม active exercise ในส่วนที่ทำได้เอง

๖. จัดตารางในการส่งเสริม และช่วยเหลือการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโดยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงนั่งรถเข็นหรือเก้าอี้ข้างเตียง

๗. ดูแลส่งผู้ป่วยรับการรักษาทางกายภาพบำบัด และแพทย์ทางเลือกตามโปรแกรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดไหล่และแขนซ้าย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรุนแรงของภาวะข้อไหล่เคลื่อนหลุด และภาวะ shoulder hand syndrome ความผิดปกติบริเวณข้อไหล่ อาการบวม แดง ร้อน และลักษณะของข้อ

๒. ประเมินอาการปวด (pain score) โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ซึ่งมีคะแนน ๐-๑๐ คะแนน รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย

๓. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและภรรยาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดการปวดจากภาวะข้อไหล่เคลื่อนหลุด และภาวะ shoulder hand syndrome สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา การลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการปวด

๔. สอนแนะนำผู้ป่วย และภรรยาเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเกิดภาวะ shoulder subluxation และภาวะ shoulder hand syndrome เช่น หลีกเลี่ยงการดึงรั้ง จุดกระชากแขนข้างอ่อนแรงของผู้ป่วย ให้ความไม่เร่งผู้ป่วยเมื่อเคลื่อนย้าย ดูแลให้พักการใช้แขนเมื่อมีอาการปวด การจัดทำนอนเหมือนนอนตะแคงด้านอ่อนแรงไม่ทับแขน การจัดทำนั้งไม่ปล่อยแขนด้านอ่อนแรงห้อยลงให้หมอนหรือผ้ารองบริเวณแขน และข้อศอก การใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงไหล่ (shoulder support) พร้อมให้เอกสารประกอบการดูแลสำหรับทบทวน

๕. ดูแลแนะนำการจัดท่า การวางแขนที่เหมาะสมทั้งเวลานั่ง และเวลานอน จัดทำนอนให้กับผู้ป่วยในการวางแขนโดยใช้ผ้าหรือหมอนรองแขนข้างที่มีอาการ ไม่วางแขนถ่วงลงในแนวตั้งโดยตรง ห้ามการบีบรัดแขนแรง ๆ แต่มีการบีบรัดเบา ๆ เพื่อช่วยในการไหลเวียน สอนแนะนำสาธิตให้ผู้ป่วยประคองยกแขนด้วยมืออีกข้างเวลาเคลื่อนย้าย และขณะที่ผู้ป่วยพลิกหรือตะแคงตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนบริเวณแขน จัดทำนอนยกปลายขาใช้หมอนรองขาข้างซ้ายที่บวมยกสูงเวลานอน และไม่นั่งห้อยขาเป็นเวลานาน ๆ

๖. สอน แนะนำ สาธิตเทคนิคหรือวิธีการที่ช่วยให้มีการผ่อนคลาย การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ การนั่งสมาธิ การ ฟังเพลง การดูทีวีพูดคุย และสัมผัสอย่างอ่อนโยน ให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวล

๗. ประสานนักกายภาพบำบัดในการสอนการเคลื่อนย้าย การจัดทำทั้งในท่านอน ท่านั่ง การใส่ และการใช้อุปกรณ์พยุงหัวไหล่ แขนข้างอ่อนแรงเพื่อช่วยป้องกัน และลดการเกิดภาวะข้อไหล่หลุด กำกับติดตามผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ให้เกิดการปฏิบัติอย่างถูกต้องต่อเนื่องเหมาะสม

๘. ให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดไหล่และการเกิดข้อไหล่หลุด โดยการจัดทำที่เหมาะสม ได้แก่

ท่านอนหงาย: ดูแลไม่ ให้แขนผู้ป่วยอยู่ในลักษณะงอ และบิดเข้าด้านใน ใช้หมอนรองสะบักถึงแขน โดยจัดให้แขนอยู่ในลักษณะหงายมือขึ้น แขนเหยียดตรง ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียด และกางออก

ท่านอนตะแคง: ดูแลจัดทำนอนโดยหลีกเลี่ยงไม่ ให้ผู้ป่วยนอนทับแขนข้างที่อ่อนแรง ใช้หมอนรองใต้แขนเพื่อไม่ให้แขนไหลตกตามแรงโน้มถ่วงของโลก ข้อศอก และข้อมือเหยียดตรง มือคว่ำลง นิ้วมือเหยียดออก

ท่านั่ง: ดูแลจัดทำให้แขนของผู้ป่วยวางอยู่บนหมอนหรือโต๊ะด้านหน้าผู้ป่วย ไม่ปล่อยแขนตกตามแรงโน้มถ่วงของโลก ใช้หมอนรองแขนหรือใช้อุปกรณ์พยุงแขนทุกครั้ง

๙. ดูแลให้ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์พยุงหัวไหล่ และแขนข้างอ่อนแรง (Arm sling / Bobath sling) ทุกครั้ง เมื่อนั่ง ยืน เดินเพื่อไม่ให้แขนตกตามแรงโน้มถ่วงของโลกเพื่อช่วยลดอาการปวด และช่วยป้องกันการเกิด ภาวะข้อไหล่หลุด

๑๐. ให้การดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการนวด ถู ดึง กระชากแขนหรือข้อไหล่ข้างซ้ายอย่างรวดเร็ว และรุนแรง จับขอบกางเกงหรือเข็มขัดในการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปเก้าอี้หรือรถเข็น ไม่จับและดึงลากเฉพาะที่มือเมื่อยกแขนข้างซ้ายของผู้ป่วย ไม่ยกไหล่ผู้ป่วยข้างซ้าย และดึงจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็น ไม่เคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยโดยการยกใต้รักแร้หรือดึงลากแขนของผู้ป่วย

๑๑. ดูแลและติดตามให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารข้อต่อของแขน และข้อไหล่สม่ำเสมอเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อแขนค่อย ๆ มีแรงและเริ่มใช้งานได้ โดยผู้ป่วยทำเอง และภรรยาช่วยออกกำลังกายให้ผู้ป่วย

๑๒. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและสุขสบายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน วางแผนการพยาบาลรบกวนผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น ไม่รบกวนขณะผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ

๑๓. ดูแลให้ได้รับยา Paracetamol (๕๐๐mg) ๑ tab po prn q ๖ hrs for pain และ Prednisolone (๕ mg) ๒ tab po tid pc x ๒ wks. ตามแผนการรักษา สังเกตและประเมินอาการข้างเคียงหลังได้รับยา เช่น เกิดลมพิษ หายใจติดขัด อาการบวมที่หน้า ริมฝีปากหรือคอ

๑๔. ติดตามประเมินอาการปวด บวม แดงร้อน ของข้อไหล่ แขน และมือข้างซ้าย หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวมากขึ้น รายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากร่างกายอ่อนแรงซีกซ้ายทำให้การทรงตัว และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และประเมินต่อเนื่องทุกเวร ลงบันทึกทางพยาบาล และรับ-ส่งเวรเพื่อการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องด้วยแบบประเมิน Hendrich II fall risk score

๒. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและภรรยาเกี่ยวกับความเสี่ยง อันตราย ผลกระทบ และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

๓. ติดป้ายแสดงระดับความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่โต๊ะข้างเตียง และหน้าประตูห้องผู้ป่วยเพื่อเป็นการสื่อสาร และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลทราบ และตระหนักความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย

๔. ประเมินความสามารถในการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วย และภรรยาในการเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงมารถเข็น จารถเข็นไปที่เตียง การเคลื่อนย้ายจากรถเข็นเพื่อนั่งเก้าอี้อาบน้ำหรือชักโครกเพื่อขับถ่าย หากพบผู้ป่วย และภรรยายังขาดประสบการณ์ในการเคลื่อนย้ายหรือยังทำไม่ได้ถูกต้อง ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในการฝึกการเคลื่อนย้ายให้กับผู้ป่วยพร้อมภรรยา กำกับติดตาม ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และภรรยาในการเคลื่อนย้ายอย่างใกล้ชิดจนกว่าผู้ป่วยและภรรยาสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างถูกต้องปลอดภัย เน้นย้ำกับผู้ป่วย และภรรยาให้ขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ทุกครั้งที่เคลื่อนย้ายหากไม่มั่นใจหรือยังไม่สามารถทำได้เอง

๕. อธิบายวิธีการร้องขอความช่วยเหลือโดยการโทรศัพท์หรือดิ่งกริ่งในห้องน้ำ เน้นย้ำภรรยาไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักเพียงลำพัง หากมีความจำเป็นให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้ง

๖. เมื่อผู้ป่วยนอนพักบนเตียงให้ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง และเมื่ออยู่บนรถเข็นให้ล็อคล้อรถเข็นทุกครั้ง โดยเฉพาะเมื่อทำการเคลื่อนย้าย

๗. ดูแลการแต่งกายของผู้ป่วยในชุดที่พอดีไม่หลวมเกินไป ขากางเกงไม่ยาวลากพื้น ใส่รองเท้ารัดส้นที่มีขนาดและรูปร่างเหมาะสมกับเท้า ไม่คับหรือหลวมเกินไป มีช่องว่างระหว่างปลายนิ้วเท้าที่ยาวที่สุดถึงหัวรองเท้าประมาณ ๑.๒๕ เซนติเมตร ความกว้างนิ้วเท้าวางได้โดยไม่ซ้อนกัน และความลึกรองเท้าด้านบนไม่กดหลังเท้า พื้นรองเท้ามีดอกยางหรือปุ่มยางกันลื่น ส้นรองเท้าเป็นรูปทรงกว้าง

๘. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแหงนหน้า การหันหน้าซ้ายและขวา เปลี่ยนท่าเวลาลุกนั่ง หรือยืนให้ทำอย่างช้า ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการเวียนศีรษะหน้ามืด ไม่เดินหรือทำกิจวัตรต่าง ๆ ด้วยความรีบร้อน ขณะเดินให้มองพื้น และไม่ถือของ ไม่ใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นหากจำเป็นต้องใส่ให้ใส่ถุงเท้าแบบมีกันลื่น

๙. ดูแลให้ผู้ป่วยใช้ Tripod cane อย่างถูกต้องและเหมาะสม ให้คำแนะนำภรรยาในการดูแลความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้รถเข็น (Wheelchair) อย่างถูกวิธี และเข็นผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

๑๐. จัดให้ห้องพักมีแสงสว่างที่เพียงพอ โดยเฉพาะในห้องน้ำควรเปิดไฟไว้ตลอดเวลา ไม้วางของเกาะกะบนพื้นหรือบริเวณทางเดิน ดูแลพื้นโดยเฉพาะพื้นห้องน้ำให้แห้งถ้าพื้นเปียกแฉะแม่บ้านเช็ดทำความสะอาดให้แห้ง ใช้พรมเช็ดเท้าแบบยึดกับพื้น และไม่มีขอบสูงเกินไป

๑๑. แนะนำผู้ป่วยใช้ราวจับในห้องน้ำในการช่วยพยุงตัว จัดให้มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำในห้องน้ำผู้ป่วย

๑๒. วางของเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้เป็นที่ ไม่ให้ผู้ป่วยลื่นลื่นสะดุดในห้องน้ำ ปรับเตียงนอนให้ต่ำสุด ล้อคล้อยเตียง และยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ มีภาวะข้อไหล่ซ้ายติดเนื่องจากขาดการเคลื่อนไหวข้อจากแขนซ้ายอ่อนแรง
กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะข้อติดแข็งโดยตรวจขอบเขตการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of motion) การสังเกตลักษณะท่าทางการเดินของผู้ป่วย คลำดูความผิดปกติของข้อต่าง ๆ เพื่อตรวจดูการบวม แดง ร้อน ลักษณะของข้อ

๒. อธิบายและให้คำแนะนำผู้ป่วยและภรรยา พร้อมให้เอกสารประกอบการฝึกออกกำลังกาย สำหรับทบทวนทำออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยและภรรยามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและผลกระทบจากการเกิดข้อติด เช่น การอ่อนแรง อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ อาการปวดข้อไหล่ อาการบวมและการไม่เคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ปัจจัยที่จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะข้อติด ได้แก่ การบริหารเพื่อพิสัยของข้อ (range of motion exercise) การจัดท่าที่เหมาะสม (positioning) การเคลื่อนไหวข้อให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ การบริหารควรเคลื่อนไหวเป็นจังหวะที่ราบรื่น สม่ำเสมอโดยทำท่าละ ๑๐ ครั้งต่อรอบ อย่างน้อย ๒ รอบ/วัน

๓. ประสานนักกายภาพบำบัดในการสอนการออกกำลังกายเพื่อช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะข้อติด กำกับติดตามผู้ป่วยและภรรยาให้เกิดการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและเหมาะสม

๔. ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ไม่ผลึก ดัน หรือดึงกระดูกกระดูกข้อต่อ การยกแขนขึ้นสูงกว่าระดับไหล่ต้องจัดให้แขนข้างที่อ่อนแรงอยู่ในท่าศอกเหยียดตรงนิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้นเพดานหรือหงายมือเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เอ็น และเนื้อเยื่อ

๕. การช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ควรทำการยืดทีละน้อยเท่าที่มีอาการตึง และผู้ป่วยสามารถทนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕ มีภาวะท้องผูกเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง มีความเครียด ร่วมกับดื่มน้ำน้อย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะท้องผูก เช่น อาการท้องอืด อึดอัด แน่นท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ต้องใช้แรงเบ่งมาก

๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและภรรยาเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก

๓. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและภรรยาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูกดังนี้

๓.๑ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ ซีซี

๓.๒ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักใบเขียวต่าง ๆ ผลไม้ เช่น ส้ม มะละกอสุก ฝรั่ง
กล้วย เป็นต้น

๓.๓ มีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น

๓.๔ ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่น ๆ ที่มีความหวานน้อยเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

๔. สอน และฝึกประสบการณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแล นวดหน้าท้องเพื่อช่วยกระตุ้นการขับถ่าย และกระตุ้น
ทวารหนักด้วยนิ้วมือ สำหรับฝึกขับถ่ายอุจจาระ พร้อมแจกแผ่นพับประกอบ การฝึกนวดหน้าท้อง

๕. ดูแลติดตามการรับประทานอาหารตามโปรแกรม การดื่มน้ำของผู้ป่วยในแต่ละวัน ประสานนัก
โภชนาการในการจัดอาหารเพิ่มกากใยอาหารทั้งอาหารมื้อหลัก อาหารว่าง และเครื่องดื่มกระตุ้นการขับถ่าย
เช่น น้ำเมล็ดแมงลัก น้ำลูกพรุน

๖. ประสานนักกายภาพบำบัดในการออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพ และเคลื่อนไหวร่างกาย

๗. ดูแลติดตามการออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพ และฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายตามโปรแกรมอย่าง
ต่อเนื่อง

๘. จัดกิจกรรมนันทนาการ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจเพื่อส่งเสริมให้เกิด
การเคลื่อนไหวร่างกาย ผ่อนคลายด้านจิตใจ ช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย

๙. ดูแล และติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขภาวะท้องผูก ดังนี้

๙.๑ การนวดหน้าท้องก่อนเวลาขับถ่ายครึ่งชั่วโมง การกระตุ้นทวารหนัก และการบริหารกล้ามเนื้อ
หน้าท้อง และอุ้งเชิงกราน

๙.๒ การฝึกการขับถ่ายอุจจาระโดยใช้เวลา และจัดให้ได้ถ่ายอุจจาระในเวลาเดียวกันใน ช่วงหลัง
รับประทานอาหารเช้า ปฏิบัติทุกวัน ใช้เวลา ๕-๑๕ นาที ถ้ายังไม่ถ่ายอุจจาระให้ปฏิบัติซ้ำอีกในวันต่อไป

๙.๓ จัดสถานที่โดยพยายามให้ผู้ป่วยนั่งขับถ่ายในห้องน้ำ จัดให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวในการ
ขับถ่าย ไม่เร่งผู้ป่วยโดยอยู่ในสายตาของผู้ดูแล และระยะทางที่สามารถช่วยเหลือได้ทันเพื่อป้องกันการพลัดตก
หกล้ม

๑๐. ประเมินการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยทุกวัน หากปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการกับอาการท้องผูก
แล้วผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้เป็นเวลาอย่างน้อย ๓ วัน รายงานแพทย์ และดูแลให้ได้รับยา
Senokot ๓ tab po prn for constipation hs ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๖ ความคิดความจำบกพร่องเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง และการเปลี่ยนแปลง
ตามวัย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะอารมณ์ความสามารถในการคิด และความจำของผู้ป่วย

๒. Orientation วัน เวลา สถานที่ บุคคลให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

๓. อธิบาย และบอกขั้นตอนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง

๔. ให้ความรู้ผู้ป่วยในการนึกคิด ไม่เร่งรัดผู้ป่วยขณะสนทนา

๕. จัดหา และแนะนำให้มีนาฬิกา และปฏิทินวางในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน

๖. กระตุ้น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตัวเอง

๗. จัดตารางการทำกิจกรรมในแต่ละวันให้เป็นเวลาเดิมหรือใกล้เคียงเวลาเดิมของผู้ป่วย และให้ทำ
เวลาเดิมเป็นประจำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย

๘. แนะนำ/กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ติดตามข่าวสารในเหตุการณ์ปัจจุบัน

๙. จัดกิจกรรมส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกความคิด ความจำ และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

๑๐. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล

๑๑. ให้คำแนะนำ และความรู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและภรรยาเกี่ยวกับภาวะความคิดความจำบกพร่อง การดูแล การรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของสมอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๗ มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพา ภาพลักษณะ และบทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นกล้าเปิดเผยข้อมูล และความรู้สึกของตนเอง

๒. แสดงความจริงใจ เป็นมิตรสม่ำเสมอ ให้เวลา เปิดใจรับฟังความรู้สึก ไม่แสดงท่าทีที่ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกว่าพยาบาลรู้สึกยุ่งยาก ไม่ตั้งใจรับฟัง ไม่เข้าใจ ไม่มีเวลา และรู้สึกเป็นภาระ

๓. สังเกตพฤติกรรม สีหน้าท่าทาง หรือซักถามข้อมูลผู้ป่วยด้านพฤติกรรม และอารมณ์เศร้าเพิ่มเติม จากผู้ดูแล

๔. ให้เวลา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก ซักถามเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล สิ่งที่ยังสงสัย ไม่เข้าใจ และความกังวลใจต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ประสานการดูแลผู้ป่วยโดยปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้และนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วย

๖. ให้ความรู้ผู้ป่วย และภรรยาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ ปัจจัย อาการ และอาการแสดง วิธีการรักษา การปฏิบัติตัว การใช้ยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล ซักถามเพื่อให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพร้อมที่จะรับการรักษา และสามารถที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

๗. อธิบายให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกิจกรรมกลุ่มนันทนาการร่วมกับเพื่อนผู้ป่วย

๘. ดูแลให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มทำกิจกรรมด้วยความสมัครใจซึ่งมีการดำเนินการอย่างมีแบบแผนตามรูปแบบตารางกิจกรรมงานผู้ป่วยในร่วมกับเพื่อนผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ด้วยความสมัครใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ได้แสดงออกทางพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และร่างกาย ฝึกความคิด ความจำ เชาวปัญญา เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย และลดความตึงเครียด

๙. กระตุ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ชมเชย และให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่สามารถทำได้

๑๐. สอน และฝึกให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๘ ภรรยามีความเครียด ความรู้สึกกดดันเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความเครียดของภรรยา โดยใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (The Caregiver Strain Index, CSI)

๒. เปิดโอกาสให้ภรรยาผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึกเพื่อประเมินปัญหา และความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม

๓. ให้ความรู้กับภรรยาผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะพึ่งพา ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค แนวทางในการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพด้านต่าง ๆ

๔. ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของภรรยาผู้ป่วย การวางแผนจัดการกับอารมณ์เมื่อเกิดความเครียดเพื่อให้ภรรยาผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งกาย และใจเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ

๕. แนะนำให้ภรรยาผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมนันทนาการร่วมกับผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลรายอื่นที่มีปัญหาและภาระในการดูแลผู้ป่วยคล้ายคลึงกัน (caregiver support group)

๖. ให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือ และการบริการเมื่อเกิดปัญหา และไม่สามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย

๗. แนะนำช่องทางการค้นหาข้อมูลความรู้ การสัมมนา การอบรม การฝึกปฏิบัติการดูแล การสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย line หรือ website ต่าง ๆ

๘. ดูแลให้ผู้ป่วยเข้า line group Telecare ของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุเพื่อเป็นช่องทางในการขอคำปรึกษา ให้ความรู้และติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความเสื่อมของหลอดเลือดตามวัย และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนแรงร่างกายซีกซ้ายมากขึ้น อ่อนแรงซีกขวา ระดับความรู้สึกตัวลดลง พูดไม่ชัดมากขึ้นตามหลัก BEFAST หากพบอาการหรืออาการแสดงดังกล่าวรายงานแพทย์รับทราบ

๒. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วน โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น กิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การลดภาวะเครียด ลดน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เป็นต้น

๓. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเห็นความสำคัญและเข้าใจถึงการกลับมาพบแพทย์ตามนัด ความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง

๔. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น อาการปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนแรงร่างกายซีกซ้ายมากขึ้น อ่อนแรงซีกขวา ระดับความรู้สึกตัวลดลง พูดไม่ชัดมากขึ้นตามหลัก BEFAST หากพบอาการหรืออาการแสดงดังกล่าวให้รีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

๕. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในการซักถามและทำความเข้าใจ

๖. Record N/S, V/S หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์เจ้าของไข้

๗. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารเฉพาะโรคที่โรงพยาบาลจัดให้

๘. ดูแลให้รับประทานยาละลายลิ่มเลือด Rivaroxaban (๒๐) ๑ tab po pc เช้า และยาลดไขมัน Atorvastatin (๔๐) ๑ tab po pc เย็น ตามแผนการรักษา

สรุปผลการดูแล

หลังจากวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตามโปรแกรม Barthel index เพิ่มขึ้นจาก ๑๑/๒๐ คะแนน เป็น ๑๔/๒๐ คะแนน โดย Transfer เพิ่มจาก ๑ คะแนน เป็น ๒ คะแนน Toilet Use เพิ่มจาก ๐ คะแนน เป็น ๑ คะแนน Mobility เพิ่มจาก ๑ คะแนน เป็น ๒ คะแนน อาการปวดไหล่และแขนซ้ายลดลง pain score จาก ๕/๑๐ เหลือ ๓/๑๐ คะแนน สามารถฟื้นฟูสภาพได้ตามโปรแกรม นอนหลับพักผ่อนได้ หัวของกระดูกต้นแขนเคลื่อนออกจากเบ้าหัวไหล่ ๑ fingerbreadth ไม่เพิ่มขึ้นจากเดิม ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ฟื้นฟูสภาพได้ตามโปรแกรม นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่เกิด fall ยังมีภาวะข้อไหล่ซ้ายติด สามารถเคลื่อนไหวข้อได้เพิ่มขึ้น Range of motion เพิ่มจาก ๖๐ องศา เป็น ๗๕ องศา ไม่พบการติดของข้อที่ตำแหน่งอื่นเพิ่ม สามารถถ่ายอุจจาระได้เองทุก ๒-๓ วันแต่ยังต้องได้รับยาระบายบางครั้ง ยังมีปัญหาด้านความคิดความจำ MMSE เท่ากับ ๒๒/๓๐ คะแนน คงเดิม หลังเข้ารับการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน ได้รับกำลังใจจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพื่อนผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน มีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพ มีภาวะซึมเศร้าลดลง ประเมิน TGDS = ๑๑/๓๐ คะแนน (เดิม ๑๓ คะแนน) ภรรยามีความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการดูแลลดลง ประเมินความเครียดในการดูแลผู้ป่วยของภรรยา ก่อนจำหน่าย คะแนน CSI = ๕ คะแนน (เดิม ๙ คะแนน) ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เคลื่อนย้ายตัวได้ดีขึ้น อาการปวดไหล่ดีขึ้น มีอาการรบกวนลดลง ภรรยารู้สึกเหน็ดเหนื่อยลดลง นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น และทะเลาะกับผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วย และภรรยาได้รับการเตรียมความพร้อม และฝึกประสบการณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุหลังพ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่แล้วควรได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อลดความพิการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระในการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว

๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่เป็นผู้สูงอายุ ภายหลังพ้นระยะวิกฤต ทั้งจากพยาธิสภาพที่สมองและความเสื่อมของร่างกายตามวัย ความพิการและปัญหาต่าง ๆ ที่พบมักมียุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยมักมีปัญหาหลายด้าน หลายระบบ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการออกแบบร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการตั้งเป้าหมายในการฝึกร่วมกันระหว่างทีมที่ให้การดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้รับรู้ปัญหาและเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพร่วมกัน และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมบรรลุเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพ

๓. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุระยะฟื้นฟู ควรมีทักษะ และองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งเรื่องการ ฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการเกิดโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นมากกว่าบุคคลวัยทั่วไป เช่น การป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการเกิด

ปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม การเกิดภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น

๔. ผู้ดูแลหลักไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลแล้วจ้างจะมีภาระในการดูแลสูง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุจะมีปัญหาในการดูแลหลายด้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความรู้ ทักษะในการดูแล ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลและฝึกทักษะที่จำเป็น รวมถึงต้องมีการประเมินความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงให้การดูแลผู้ดูแลควบคู่ไปด้วย เนื่องจากเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพได้ตามเป้าหมายเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

๕. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งจากความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรค และความเสื่อมของร่างกายตามวัย ทำให้เป็นอุปสรรคในการเดินทาง การเคลื่อนไหวร่างกาย มีอาการรบกวนเมื่อนั่งรอคอยนาน เช่น อาการปวด อาการเวียนศีรษะ เป็นต้น ระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว ลดภาระของสมาชิกในครอบครัวมีภาระหน้าที่ประจำต้องรับผิดชอบ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ระบบ Tele pre-admit, Tele medicine และ Tele home visit มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ การเดินทาง ระยะเวลาารอคอย ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

๖. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุดคือการลดปัจจัยเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับผู้ป่วยการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสมในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วยจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการและการกลับเป็นซ้ำของโรค บุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีความรู้ความเข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพเมื่อเกิดโรค การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลภายหลังการเจ็บป่วย มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และครอบคลุมในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย

๗. ในอนาคตจากการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรสูงอายุประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองจะมีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นเนื่องจากเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายตามวัย ดังนั้นเพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความครอบคลุมครบวงจรและมีคุณภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นระยะวิกฤตเมื่อมีความพิการหลงเหลืออยู่และมีภาวะพึ่งพาควรได้รับการดูแลในการดูแลต่อเนื่องใน Stroke rehabilitation unit ซึ่งสามารถจัดตั้งได้ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลได้รับการดูแล การแก้ไข้ปัญหา การสอนแนะที่ครอบคลุมช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูที่ดียิ่งขึ้น ลดภาวะพึ่งพา ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลปรับตัวและปรับใจยอมรับการเจ็บป่วยได้เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพตามศักยภาพที่เหลืออยู่เมื่อกลับบ้าน ซึ่งจะลดค่าใช้จ่ายและภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงซึ่งเป็นภาระโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขและของประเทศ

แนวความคิด

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟูที่มารับบริการฟื้นฟูสุขภาพที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

๒. มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง และติดตามเยี่ยมที่ครอบคลุมชัดเจน

๓. ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลได้รับติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เป็นรูปแบบเอกสารวิชาการประจำหน่วยงานเพื่อถ่ายทอดให้ผู้สนใจ

๒. เป็นแนวทางในการนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

๓. มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบของการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลร้อยละ ๑๐๐

๒. ร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติ ร้อยละ ๑๐๐

๓. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับบ้าน ร้อยละ ๙๐

๔. ญาติ และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ มั่นใจในการดูแลร้อยละ ๙๐

๕. ผู้รับบริการได้รับการส่งต่อการรักษา และติดตามเยี่ยมบ้านแบบ Tele home visit ร้อยละ ๘๐

บรรณานุกรม

กองการพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (๒๕๖๒). *การบริหารจัดการความปวด*

<https://nurse.pmk.ac.th/images/WI/PMK-WND-๐๑๗.pdf>

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๒). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ*

ผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.

บอร์ทัพบูบลิชชิง จำกัด.

กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕.*

<https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/๒๐๒๓/๑๑/Hstastic๖๕.pdf>

เครือวัลย์ โควินทะสุด. (๒๕๖๗). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ: กรณีศึกษา ๒ ราย.*

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และชุมชน, ๙(๑), ๒๗-๓๖.

จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ. (๒๕๖๐, กันยายน ๒๘). *การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* งาน

ประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ ๙ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

<https://publication.npru.ac.th/jspui/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๔๙๓>

ฐิติมา หมอทรัพย์ และวิชุดา กลิ่นหอม. (๒๕๖๕). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ต่อองค์การเคลื่อนไหวข้อไหล่ อาการปวดไหล่ และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด.*

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, ๙(๑), ๑-๑๙.

ณิรนุช วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชตธนรัชต์ และพิสิษฐ์ สมงาม. (๒๕๖๓). *การพัฒนารูปแบบการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.*

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, ๖(๔), ๖๑-๗๑.

นิภาพร บุตรสิงห์. (๒๕๖๒). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน.*

พยาบาล, ๓๔(๓), ๑๕-๒๙.

บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. (๒๕๖๑). *การพัฒนาระบบบริการในการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหสาขาเพื่อ*

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมชนวิชาการครบรอบ ๒๕ ปี, ๓๖-๔๕.

ปัญญา พรายอินทร์, บุญญรัตน์ เพิกเดช และพิมพ์ร ลีละวัฒนากุล. (๒๕๖๕). *การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย*

โรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ. วารสารสภาการพยาบาล, ๓๗(๔), ๗๓-๙๔.

ปราณี เกษรสันต์. (๒๕๖๓). *รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, ๘๓-๙๖.

ปรีดา อารยาวิชานนท์. (๒๕๖๔). *การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สรรพสิทธิเวชสาร, ๓๗(๑-๓), ๔๓-๕๘.*

มัณฑุมาศ มัญจาวงษ์. (๒๕๖๒). *โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย,*

๑๘(๑), ๕๙-๗๔.

เพชรลดา จันทร์ศรี, วรวิษา สำราญเนตร และ นิตยา กออิสรานุภาพ. (๒๕๖๔). การเสริมสร้างพลังอำนาจของ
ผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, ๘, ๑๑๒-๑๒๕
พรชัย จุลเมตต์. (๒๕๖๕). *การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. พิมพ์ครั้งที่ ๒ มหาวิทยาลัยบูรพา หจก.
วนิดาการพิมพ์

ภัทรา วัฒนพันธ์. (๒๕๖๐). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อน.; *วารสารสมาคมประสาทวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, ๑๒(๑), ๓๑-๓๔.

ศิริลักษณ์ ผมขาว, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (๒๕๖๒). ผลของโปรแกรม
การสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
วารสารสภาการพยาบาล, ๓๔(๓), ๓๐-๔๒.

วรุฒม์ เกตุสิริ. (๒๕๖๔). ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, ๓๗(๖), ๖๑๐-๖๑๘.

ศักดิ์มงคล เชื้อทอง .(๒๕๖๔). การส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของ تیمสหสาขา
วิชาชีพชาวพุทธ โรงพยาบาลสระบุรี อำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. *วารสาร มจร. การพัฒนาสังคม*, ๖(๓),
๔๙-๖๑.

ศีล เทพบุตร. (๒๕๖๓). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *สุวรรณศรีประชารักษ์เวช
สาร*, ๑๗(๓), ๑๑๒-๑๒๔.

สถาบันประสาทวิทยา. (๒๕๖๒). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. ฉบับ
สมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันประสาทวิทยา. (๒๕๖๔). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง* (พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรม
การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). *ระบบการแพทย์ทางไกล”(DMS Telemedicine)*.
<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/๒/๐๒/๑๘๑๙๔๕>.

สุพรรณนิการ์ แวอาราม. (๒๕๖๐). การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, ๓๕(๔), ๔-๑๐

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (๒๕๖๔). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*
<https://www.google.com/search?q>

สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (๒๕๖๖). โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ ๓ โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อภิญา ทิท่า. (๒๕๖๖). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (Stroke) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน และนิติเวชโรงพยาบาลโนนศิลา: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย. *วารสารสุขภาพ และ
สิ่งแวดล้อมศึกษา*, ๘(๔), ๙๐-๙๗.

- American Heart Association American Stroke Association. (២០១៧). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: ២០១៧ Update to the ២០១៤
- American Stroke Association. (២០២៤). About stroke. <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- Ju, Y. W., Lee, J. S., Choi, Y. A., & Kim, Y. H. (២០២២). Causes and Trends of Disabilities in Community-Dwelling Stroke Survivors: A Population-Based Study. *Brain Neurorehabil*, ១៥(១), ១-១០. [http://doi: ១០.១០៨០/17447392.2022.2081111](http://doi:10.1080/17447392.2022.2081111).
- Poomalai, G., Prabhakar, S., & Sirala Jagadesh, N. (២០២៣). Functional Ability and Health Problems of Stroke Survivors: An Explorative Study. *Cureus*, ១៥(១), ១-៦. [http:// doi: ១០.៧៧៥៥/cureus.១១១១១](http://doi:10.7755/cureus.11111.1).
- World Stroke Organization. (២០២២). *Annual report ២០២២*. <https://www.worldstroke.org/about-wso/annual-reports>