

# แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป

Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke



แนวทางการพยาบาล

# ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป

(Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke)

โดย

สถาบันประสาทวิทยา  
ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย

# คำนิยาม

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548 (Public Health Statistics A.D.2005) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในประชากรไทย และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ 2 ทั้งในชายและหญิง

สถาบันประสาทวิทยา เป็นสถาบันชั้นนำทางวิชาการเฉพาะทางด้านโรคระบบประสาท ได้ตระหนักถึงความจำเป็นและเร่งด่วนของปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป (ฉบับที่ 1) เมื่อปี พ.ศ. 2545 และในปี 2549 ได้ประเมินแนวทางการรักษาดังกล่าวทำให้ทราบว่าแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป (ฉบับที่ 1) เป็นที่ยอมรับและได้รับการอ้างอิงในระดับหนึ่ง อีกทั้งยังพบว่าการนำแนวทางการพยาบาลฯ นี้ไปใช้นั้นมีบางส่วนที่ต้องปรับปรุงประกอบกับขณะนี้ในด้านการรักษามีความก้าวหน้าขึ้นมาก จึงสมควรปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาในส่วนต่างๆ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2550 นี้สถาบันประสาทวิทยาจึงได้ดำเนินการจัดประชุมพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไปขึ้น

โดยสถาบันประสาทวิทยาได้ขอความร่วมมือจากสถาบันวิชาการต่างๆ กล่าวคือ ชมรมพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา โรงพยาบาลและสถาบันในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดภาคเอกชน โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ประชุมคณะทำงานผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ 3 ครั้ง ดังนี้ วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2550 วันที่ 20 มีนาคม 2550 และวันที่ 8 พฤษภาคม 2550
2. จัดส่งแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป พร้อมแบบประเมินให้พยาบาลทั่วประเทศ โดยผ่านทางคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในวันที่ 29 มิถุนายน 2550
3. เชิญพยาบาลทั่วประเทศเข้าร่วมประชุม/สัมมนา ปรับปรุงแนวทางฯ (ฉบับร่าง) ในวันที่ 23 - 24 กรกฎาคม 2550

อย่างไรก็ตาม แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไปนี้ เป็นคำแนะนำ  
ในสิ่งที่ควรแก่การปฏิบัติเท่านั้น ทั้งนี้ในการปฏิบัติจริงขึ้นกับดุลยพินิจของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยขณะนั้นเป็นสำคัญ

ท้ายที่สุดนี้ สถาบันประสาทวิทยาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
สำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับนี้ จะเกิดประโยชน์สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่จะนำไปประยุกต์ใช้  
เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชน ในโอกาสนี้ โคร้ขอขอบคุณ ชมรมพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาทแห่ง  
ประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา โรงพยาบาลและสถาบันในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวง  
กลาโหม กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดภาคเอกชน ที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดีในการจัดทำ รวมทั้ง  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนการดำเนินการครั้งนี้อย่างยิ่ง



(นายมัธวี สามเสน)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

## รายนามคณะผู้จัดทำแนวทางการ พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. รศ.ประคอง อินทรสมบัติ          | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี                        |
| 2. รศ.เจียมจิต แสงสุวรรณ          | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                      |
| 3. รศ.พาริตา อิบราฮิม             | เอกชน   |
| 4. ผศ.ไสว นรสาร                   | คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์<br>โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 5. ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล         | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                        |
| 6. นางอุษณีย์ หลิมกุล             | วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และ วชิรพยาบาล          |
| 7. น.ส.จันทนา จินาวงศ์            | วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และ วชิรพยาบาล          |
| 8. นางบุหลัน ทองกลีบ              | วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และ วชิรพยาบาล          |
| 9. นางวงศ์เดือน นิตการเกรียงเดช   | โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่                                |
| 10. นางวรัญญา ไสสม                | โรงพยาบาลราชวิถี  |
| 11. น.ส.อัมพร ใจด้วง              | โรงพยาบาลเลิดสิน  |
| 12. นางจรีรัตน์ ศรีไพบูลย์        | โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี                                 |
| 13. น.ส.วนิดา หาญคุณากุล          | โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี                                 |
| 14. น.ส.อรุณี รัตนนิเทศ์          | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี                 |
| 15. นางสุมาลี ประกอบจรรยา         | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี                 |
| 16. น.ส.สุวรรณี เหมยญรุงเรือง     | โรงพยาบาลรามาธิบดี                                      |
| 17. น.ส.จันทรา แก้วภักดี          | โรงพยาบาลรามาธิบดี                                      |
| 18. น.ส.อรสา เฮ้งบริบูรณ์         | โรงพยาบาลพญาไท1   |
| 19. น.ส.ธิติมา ตั้งเสวีวงศ์       | โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ                      |
| 20. น.ส.เจนจิรา เพื่อนฝูง         | โรงพยาบาลกรุงเทพ  |
| 21. น.ส.มณี พวงศุภวิวัฒน์         | โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช                                 |
| 22. ร.อ.หญิง จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ | โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช                                 |
| 23. พ.ต.ท.หญิงฤชมน วิชัยดิษฐ์     | โรงพยาบาลตำรวจ  |
| 24. พ.ต.หญิงวรรณวิมล ลีมวงษ์ทอง   | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า                                  |
| 25. พ.ต.หญิงมันทนา เกวียนสูงเนิน  | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า                                  |
| 26. ร.อ.หญิงปิยะนันท์ พรหมสูงวงศ์ | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า                                  |

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| 27. นางวิจิตรา เขาว์พานนท์    | สถาบันประสาทวิทยา |
| 28. นางนลินี พสุคัันธภักค     | สถาบันประสาทวิทยา |
| 29. นางวิจิตรา เล้าตระกูล     | สถาบันประสาทวิทยา |
| 30. นางแสงทศ มุสิกถาวร        | สถาบันประสาทวิทยา |
| 31. นางสาวสมร บริสุทธิ        | สถาบันประสาทวิทยา |
| 32. น.ส.วรรณมา มุงุทวิเกียรติ | สถาบันประสาทวิทยา |
| 33. นางจินดา รัตนกุล          | สถาบันประสาทวิทยา |
| 34. นางวาริณี คั้วเงิน        | สถาบันประสาทวิทยา |
| 35. นางบุปผา ศุภันนทานนท      | สถาบันประสาทวิทยา |
| 36. นางอำพรธณ เลิศศรีจตุพร    | สถาบันประสาทวิทยา |
| 37. นางอารีรัตน์ วรรณพิมล     | สถาบันประสาทวิทยา |
| 38. นางราชิกุล นาคบรรพ        | สถาบันประสาทวิทยา |
| 39. น.ส.ขวัญจิตต์ ประเสริฐทรง | สถาบันประสาทวิทยา |
| 40. น.ส.อิสรี ตริภมล          | สถาบันประสาทวิทยา |
| 41. น.ส.ประไพ บุญยัเจริญเลิศ  | สถาบันประสาทวิทยา |
| 42. นางดวงเดือน เพ็อยมี       | สถาบันประสาทวิทยา |
| 43. นางจินตนา ฉัตรกุลกวิน     | สถาบันประสาทวิทยา |

# คำนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในอันดับต้นๆ ของประเทศ โรคนี้ถ้าหากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงที ส่วนใหญ่จะมีความพิการตามมา ดังนั้น ในปี 2544 สถาบันประสาทวิทยาในฐานะเป็นสถาบันเฉพาะทางของโรกระบบประสาทได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ได้ขอความร่วมมือกับสถาบันทางวิชาการต่างๆ จัดทำแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ทั่วไป แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์ในปี 2547 และแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในปี 2549 เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการรักษาให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ได้มากที่สุด

จากการเผยแพร่แนวทางการรักษา ดังกล่าวข้างต้น พบว่าแพทย์ผู้รักษานำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในองค์กรซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เป็นผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควบคู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์ ดังนั้นเพื่อให้การดูแลรักษาได้ครอบคลุมองค์รวม ทางสถาบันประสาทวิทยาจึงได้ขอความร่วมมือกับสถาบันวิชาการต่างๆ ปรับปรุง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป ที่เคยพิมพ์ไว้ในปี 2545 เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลให้ทันต่อสถานการณ์และสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ให้เป็นปัจจุบันมากที่สุด แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติจะต้องตระหนักว่า แนวทางการพยาบาลนี้เปรียบเสมือนคำแนะนำสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่านั้น ส่วนผลที่คาดหวังจากกิจกรรมดังกล่าวจะต้องกำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับบริบทของในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นกับดุลยพินิจของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่หน่วยงานขณะนั้นเป็นสำคัญ

คณะผู้จัดทำ

# สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| บทนำ   | 1    |
| ข้อแนะนำการใช้ “แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”                  | 2    |
| แผนภูมิที่ 1 ผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองภายใน 3 ชั่วโมง       | 4    |
| - แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง                                | 5    |
| และแนวปฏิบัติเริ่มแรกในแผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน                     |      |
| - แนวทางการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า                            | 7    |
| - ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน       | 7    |
| ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ                                 |      |
| แผนภูมิที่ 2 ผู้ป่วยที่มีอาการเริ่มแรกทางระบบประสาทตั้งแต่ 3 -72 ชั่วโมง | 12   |
| - แนวทางการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท                                   | 13   |
| - แนวทางการประเมิน Siriraj Stroke Scale (SSS)                            | 15   |
| แผนภูมิที่ 3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ischemic stroke)     | 17   |
| ที่มีอาการวิกฤตเข้าพักรักษาในแผนกอายุรกรรมประสาท                         |      |
| แผนภูมิที่ 3.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)           | 18   |
| ที่มีอาการวิกฤต เข้าพักรักษาในแผนกศัลยกรรมประสาท                         |      |
| แผนภูมิที่ 4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน และแตกที่มีอาการไม่วิกฤต  | 20   |
| - แนวทางการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว                        | 22   |
| - แนวทางการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ  | 22   |
| - แนวทางการเตรียมส่งตรวจพิเศษ  | 22   |
| เอกสารอ้างอิง  | 24   |



# สารบัญ

หน้า

## ภาคผนวก

|  |    |
|--|----|
| ภาคผนวกที่ 1 การพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง<br>ในรายที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | 27 |
| ภาคผนวกที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ต้องรับเข้ารักษาไว้ในโรงพยาบาล  | 33 |
| ภาคผนวกที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด)   | 40 |
| ภาคผนวกที่ 4 การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนืองที่บ้าน  | 44 |
| ภาคผนวกที่ 5 การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (palliative care)   | 47 |
| ภาคผนวกที่ 6 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index   | 49 |

## บรรณานุกรม

51

# บทนำ

**โรคหลอดเลือดสมอง** (stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง สำหรับในประเทศจีนและญี่ปุ่น พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ<sup>1</sup> ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมือง จำนวน 1,361 ราย ในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2526 พบว่ามีอัตราเท่ากับ 690/100,000 ของประชากรที่อายุเกิน 20 ปี<sup>2</sup> และล่าสุดในปี พ.ศ. 2541 ได้มีการศึกษาวิจัยในประชากรผู้สูงอายุ (เกิน 60 ปี) ในชนบท 4 ภาคทั่วประเทศ 3,036 ราย พบว่ามีอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองใกล้เคียงกับประชากรในประเทศต่างๆ ทั่วโลก<sup>1,3</sup> นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของความพิการที่สำคัญ ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) เป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญยิ่งโรคหนึ่งของประชากรไทย ซึ่งปัจจุบันความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปมาก ทั้งในด้านการป้องกัน การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยลดอัตราตายและความพิการตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงได้ ดังนั้น เพื่อยกระดับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คณะผู้จัดทำจึงเห็นสมควรปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

## องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้

“Rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin”<sup>4</sup> หมายถึง clinical syndrome ที่ประกอบด้วยลักษณะของ neurological deficit ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจาก vascular origin ที่ทำให้เกิด infarction หรือ hemorrhage ในความหมายนี้จึงรวมสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่างๆ เช่น trauma, infection หรือ neoplasm เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมองมี 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 75-80 และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20-25 อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมองหลังการเกิดโรคผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว บางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของ

บุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปมากทั้งในเรื่องการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการที่สงสัยว่าน่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพราะถือว่าโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังจะเห็นว่าบางครั้งจะเรียกโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเฉียบพลันว่า “Brain attack” เช่นเดียวกับที่เรียกโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดว่า “Heart attack” ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรตลอดจนประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่ต้องรับการรักษาอย่างรีบด่วน ดังมีคำกล่าวที่ว่า “time is brain”

สำหรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลนั้นนอกจากการสอนให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรค ค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นในชุมชนแล้ว พยาบาลที่อยู่ในห้องฉุกเฉินหรือพยาบาลที่หอผู้ป่วยนอกจำเป็นต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าน่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาที่รวดเร็วเพื่อลดอัตราการตาย ความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือดถ้าได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำสามารถช่วยลดความพิการลงได้ถึงร้อยละ 30-50 จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ดังนั้น เพื่อยกระดับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับแก้ไขครั้งนี้ (แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป จัดทำครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545) จึงได้เพิ่มแนวทางในการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยาและภายหลังให้ยา โดยคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### ข้อแนะนำการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดฉบับนี้แบ่งการนำเสนอแนวทางการพยาบาลออกเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบของแผนภูมิ และ รูปแบบที่เป็นรายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

#### ก. ผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 3 ชั่วโมง

1. กรณีที่มีการรักษาแบบทางด่วน (Fast track) ให้พิจารณาแผนภูมิที่ 1 (หน้า 4)
2. กรณีที่ไม่มีการรักษาแบบทางด่วน ให้พิจารณาแผนภูมิที่ 2 (หน้า 12)

ข. ผู้ป่วยมีอาการเริ่มแรกทางระบบประสาทตั้งแต่ 3-72 ชั่วโมง ให้พิจารณาแผนภูมิที่ 2 (หน้า 12) โดยการคัดกรองตามแนวปฏิบัติเริ่มแรกในแผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน

กรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ให้พิจารณาแยกผู้ป่วยวิกฤตและไม่วิกฤตโดยแยกตามการประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma scale ซึ่งมีคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน (รายละเอียดในแนวทางการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท หน้า 13)

- ผู้ป่วยวิกฤตระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score  $\leq$  10
- ผู้ป่วยไม่วิกฤตระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score  $>$  10

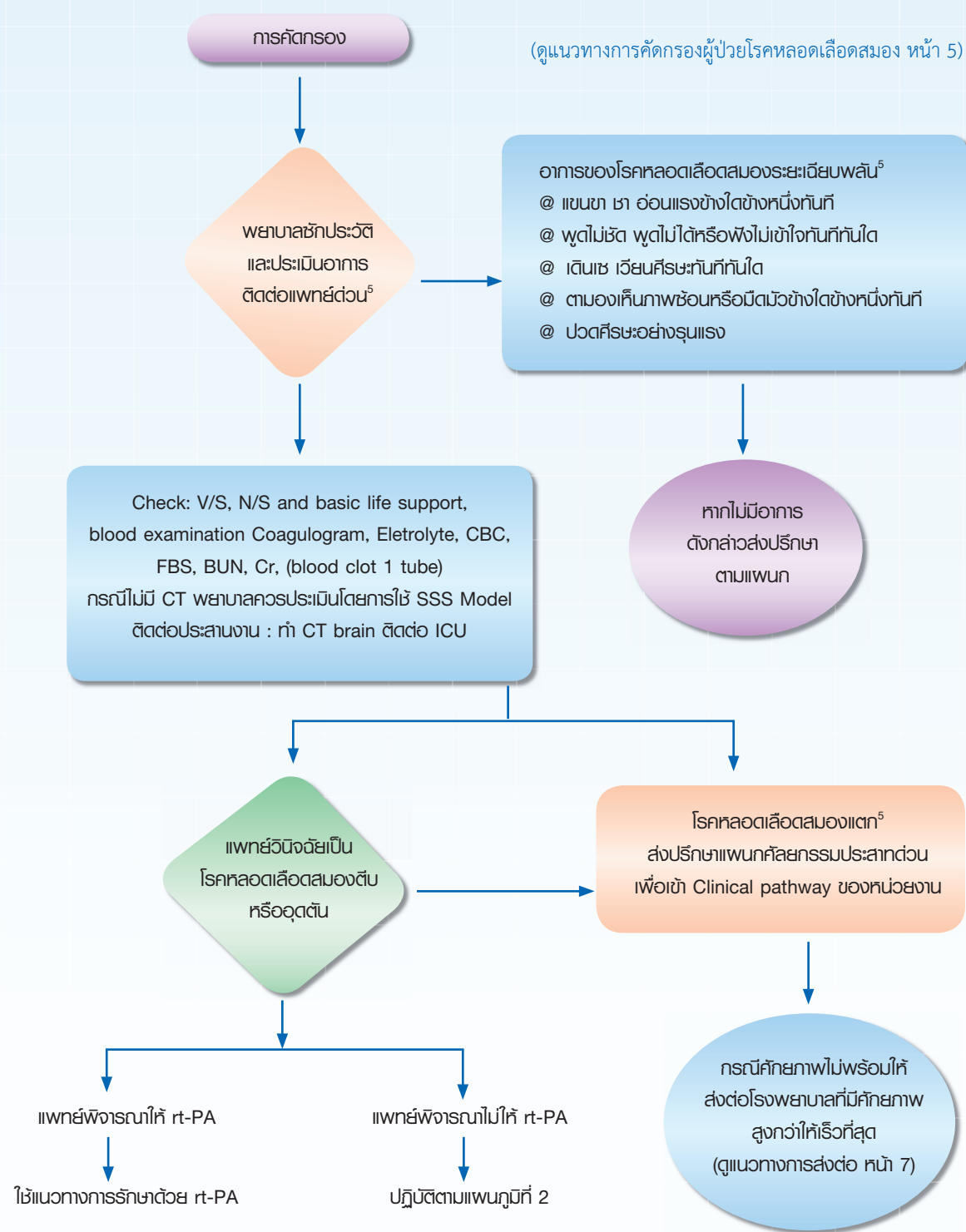
ค. ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

- ถ้าเป็นผู้ป่วยวิกฤต ให้พิจารณาตามแผนภูมิที่ 3.1 (หน้า 17) และ 3.2 (หน้า 18)
- ถ้าเป็นผู้ป่วยไม่วิกฤต ให้พิจารณาตามแผนภูมิที่ 4 (หน้า 20)

ง. ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล แต่อาจจะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ในกรณีที่แพทย์ลงความเห็นที่ให้กลับบ้านได้ พยาบาลจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้พิจารณารายละเอียดในภาคผนวกที่ 1 (หน้า 27)

# แผนภูมิที่ 1

ผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 3 ชั่วโมง



(ดูแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน้า 5)

# แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวปฏิบัติเริ่มแรกในแผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน

## กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้มีพยาบาล/เจ้าหน้าที่คัดกรอง/เวรเปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 3 นาที
2. ชักประวัติถึงอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่าง ต่อไปนี้

2.1. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

2.2. การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที

2.3. การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

2.4. มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน

2.5. เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย

3. การประเมิน ในภาวะฉุกเฉินพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในรายที่สงสัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวแล้ว ควรซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมดังนี้

3.1. การซักประวัติระยะเวลาที่เริ่มเป็น ถามเวลาที่เริ่มเป็นให้ได้เวลาที่ชัดเจน เช่น เป็นมาแล้ว 3 ชั่วโมง หรือ 6 ชั่วโมง เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การรักษาของแพทย์ ในกรณีที่เวลาเริ่มเป็นไม่ชัดเจน เช่น ญาติให้ประวัติว่าพบผู้ป่วยเข้านอนประมาณ 21 นาฬิกา และผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 5 นาฬิกาพบว่า มีอาการพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงไปซีกหนึ่ง กรณีนี้ ให้ถือว่าระยะเวลาที่เริ่มเป็น คือเวลาเข้านอน 21 นาฬิกา หรือเวลาครั้งสุดท้ายที่พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการปกติ ยกเว้นว่าในตอนกลางคืนผู้ป่วยยังไม่ได้นอนหรือขณะตื่นนอนยังไม่มีอาการผิดปกติ

3.2. การตรวจร่างกาย พยาบาลที่คัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินสามารถประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยการตรวจร่างกายง่ายๆ เช่น

ตรวจการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า (facial drop) โดยให้ผู้ป่วยยิงฟันแล้วสังเกตดูกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ ถ้ามุมปากด้านใดตก แสดงว่ากล้ามเนื้อใบหน้าที่ด้านนั้นอ่อนแรง

ตรวจการอ่อนแรงของแขน (pronator drift) โดยให้ผู้ป่วยหลับตาและยกแขนทั้งสองข้างตั้งฉากกับลำตัวค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ถ้าผู้ป่วยมีแขนอ่อนแรงจะทำไม่ได้หรือแขนข้างที่อ่อนแรงจะตกทันที หรืออาจตรวจความแข็งแรงของแขนโดยการให้ผู้ป่วยใช้ฝ่ามือสองข้างดันกับมือผู้ตรวจเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีแรงต้านหรือไม่ ถ้าไม่มีแรงต้านเลยแสดงว่าแขนอ่อนแรง ส่วนการตรวจกำลังของขาทำได้โดยการให้ผู้ป่วยนอนหงายและยกขาทั้งสองข้างขึ้นและค้างไว้หรือให้ลองถีบจักรยานในอากาศ ถ้าขาผู้ป่วยอ่อนแรงจะทำไม่ได้

4. การตรวจร่างกายอื่นๆ เช่น สัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบประสาท (เช่น GCS, SSS, NIHSS) , O<sub>2</sub> sat ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษ

- Lab : (ตามแผนภูมิที่ 1 หน้า 4)

- ตรวจพิเศษ : CT (ส่งตรวจภายใน 10 นาทีและตามผลภายใน 15 นาที)

## 5. รายงานแพทย์ ในกรณีต่อไปนี้

### 5.1 สัญญาณชีพผิดปกติ<sup>7,8</sup> (ต้องรายงานภายใน 4 นาที)

ระดับความดันโลหิต

- SBP > 185 - 220 mmHg
- DBP > 120 - 140 mmHg

ภาวะพร่องออกซิเจน<sup>7,8</sup>

- O<sub>2</sub> Sat < 90% หรือผู้ป่วยมีภาวะ cyanosis

ระดับความรู้สึกตัว<sup>7,8</sup>

- GCS < 10 คะแนน

5.2 มีความผิดปกติทางระบบประสาททันทีทันใด (ดูอาการและการตรวจร่างกายในข้อ 2 และข้อ 3) และมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง (ตามแผนภูมิที่ 1 หน้า 4) ให้รายงานแพทย์ด่วน เพื่อเข้าแผนการรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (stroke fast track)<sup>5</sup>

### 5.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น DTX < 50 mg% หรือ > 400 mg%<sup>7,8</sup>

### 5.4 อาการอื่นๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ชัก เกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ เป็นต้น

## แนวทางการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องส่งไปสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าและสามารถดำเนินการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ตีบและอุดตัน) ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ พยาบาลควรศึกษาเกี่ยวกับสถานบริการที่เกี่ยวข้องและวางแผนกิจกรรมทางการพยาบาลที่ปลอดภัยและเหมาะสม

### สถานบริการต้องสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในหัวข้อดังต่อไปนี้<sup>5</sup>

1. มีประสาทแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/อายุรแพทย์ที่ได้รับประกาศนียบัตรฝึกอบรมการให้สารละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน จากสถาบันที่ได้รับการยอมรับในระดับชาติ
2. มีประสาทศัลยแพทย์
3. มี CT Scan
4. มีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจเลือด coagulogram, electrolyte, CBC, FBS, BUN, Cr
5. สามารถหาส่วนประกอบของเลือดได้ เช่น fresh frozen plasma, platelet concentrate, cryoprecipitate และ packed red cell
6. มี ICU หรือ Stroke unit (SU) ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 ส่วน
  - 6.1 Acute stroke unit.
  - 6.2 Rehabilitation stroke unit.
  - 6.3 Combined stroke unit.
 (ในกรณีที่ไม่มี Stroke unit อาจจัดตั้ง Stroke corner เพื่อให้ยา rt-PA ตามดุลยพินิจของแพทย์)
7. มีการสำรองยา rt-PA ไว้ในบริเวณที่ให้การรักษา เช่น ER, ICU หรือ SU

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติถึงแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในเวชระเบียน และให้พบแพทย์ เพื่ออธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่สถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาล
  - 2.1 รายงานส่งต่ออาการ
  - 2.2 เตรียมอุปกรณ์ที่ติดตัวไปกับผู้ป่วยตลอดจนการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง และปลอดภัย
  - 2.3 เตรียมผู้ป่วย บุคลากร พาหนะ ข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
  - 2.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล
3. ส่งต่อผู้ป่วย พร้อมแบบฟอร์มการส่งต่อของแพทย์

### ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ<sup>9-16</sup>

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงแพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแต่เนื่องจากยานี้มีอาการข้างเคียงและ



ภาวะแทรกซ้อนมาก ดังนั้นเพื่อลดอาการแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา แพทย์จะพิจารณาจากหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

**ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์ต้องครบทุกข้อจึงสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้**

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันภายใน 3 ชั่วโมง
2. อายุมากกว่า 18 ปี
3. มีอาการทางระบบประสาทที่สามารถวัดได้โดยใช้ NIHSS จะประเมินโดยแพทย์เป็นส่วนใหญ่
4. ผล CT scan ของสมองเบื้องต้นไม่พบเลือดออก
5. ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจประโยชน์หรือโทษที่จะเกิดจากการรักษา และยินยอมให้การรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด

**ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งห้ามให้ยาละลายลิ่มเลือดเด็ดขาด**

1. มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ไม่ทราบเวลาที่เริ่มเป็นอย่างชัดเจนหรือมีอาการภายหลังตื่นนอน
  2. มีอาการเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage)
  3. มีอาการทางระบบประสาทที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว (NIHSS < 4)
  4. มีอาการทางระบบประสาทอย่างรุนแรง (NIHSS > 18)
  5. มีอาการชัก
  6. ความดันโลหิตสูง (SBP ≥ 185 mmHg, DBP ≥ 110 mmHg)
  7. มีประวัติเลือดออกในสมอง
  8. มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือมีบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน
  9. รับประทานการแข็งตัวของเกล็ดเลือด (heparin หรือ warfarin) ภายใน 48 ชั่วโมงหรือตรวจพบความผิดปกติของเกล็ดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ มีค่า Partial-thromboplastin time ผิดปกติ มีค่า Prothrombin time มากกว่า 15 วินาที มีค่า International normalized ratio (INR) มากกว่า 1.5
10. มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/mm
  11. มี Hct น้อยกว่า 25%
  12. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน
  13. มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน
  14. มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg/dl (2.7 mmol/L) หรือสูงกว่า 400 mg/dl (22.2 mmol/L)  
คำนวณได้จาก  $\text{Glucose (blood) } 1\text{mg mg/dl} = 0.05551\text{ mmol/L}$
  15. มีประวัติ Myocardial infarction ภายใน 3 เดือน
  16. มีการเจาะหลอดเลือดแดงในตำแหน่งที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้ภายใน 7 วัน
  17. พบเลือดออกหรือมีการบาดเจ็บ กระดูกหักจากการตรวจร่างกาย
  18. ผล CT brain พบเนื้อสมองตายมากกว่า 1 กลีบ (hypodensity > 1/3 cerebral hemisphere) หรือพบการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ เช่น พบสมองบวม mass effect, sulcal effacement

- หมายเหตุ 1. NIHSS >18 แพทย์จะเป็นผู้ประเมินเป็นส่วนใหญ่
2. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมใน **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ฉบับที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 1) พ.ศ. 2549**

### กิจกรรมการพยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด<sup>13-18</sup>

1. ก่อนให้ยา
  - 1.1 ให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบคำอธิบาย เกี่ยวกับข้อดี และข้อเสียของการให้ยาก่อนเซ็นใบยินยอม
  - 1.2 เจาะเลือด ได้แก่ CBC, Blood sugar, coagulogram, PT, INR, Clot blood พร้อมเปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้นโดยเส้นหนึ่งให้ 0.9% NSS อีกเส้นหนึ่ง lock เตรียมไว้สำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด
  - 1.3 ตรวจ EKG 12 lead
2. การเตรียมและการให้ยา
  - 2.1 คำนวณปริมาณยาที่ให้จากน้ำหนักตัว ขนาดที่ให้ คือ 0.6-0.9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ปริมาณสูงสุดที่ต้องไม่เกิน 90 มิลลิกรัม
  - 2.2 ผสมยาใน sterile water (ยาไม่ละลายในส่วนผสมที่มีเด็กโตรอส) โดยให้สารละลายที่ผสมแล้วมีความเข้มข้น 1 มิลลิกรัม/ซีซี
  - 2.3 ดูดสารละลายที่ผสมแล้วมาร้อยละ 10 ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 นาที และส่วนที่เหลือร้อยละ 90 หยดทางหลอดเลือดดำนานไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง
  - 2.4 ยาที่ผสมแล้วถ้าเหลือจากการคำนวณต้องเก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส และถ้าไม่ใช้ภายใน 24 ชั่วโมงต้องทิ้ง
  - 2.5 ขณะหยดยาละลายลิ่มเลือดไม่ให้ยาชนิดอื่นเข้าทางสายให้สารน้ำเดียวกัน
3. การเฝ้าระวังและป้องกันเลือดออก หลังให้ยา
  - 3.1 ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติหรือ stroke unit
  - 3.2 งดกิจกรรมหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้
    - ให้ heparin/warfarin/antiplatelet
    - ใส่ NG tube
    - แขนงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line)
    - เจาะ Arterial blood gas, หรือเจาะหลอดเลือดแดง
  - 3.3 หลีกเลียงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาที
  - 3.4 ให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา
  - 3.5 เฝ้าระวังและสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของยา เช่น มีจ้ำเลือดเพิ่มมากขึ้นที่รอยแทงน้ำเกลือ หรือรอยเจาะเลือด พร้อมสังเกตสีของปัสสาวะ สีของอุจจาระหรืออาเจียนที่ออกมา

#### 4. กรณีที่สงสัยว่ามีเลือดออกในสมอง

ถ้ามีอาการที่สงสัยว่า น่าจะมีเลือดออกในสมอง เช่น ปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนให้ปฏิบัติดังนี้

4.1 หยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

4.2 เตรียม lab: CBC, plt, INR, PTT, PT, fibrinogen, D-dimer พร้อมเตรียมให้ FFP (fresh frozen plasma) ตามแผนการรักษา

4.3 เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency

5. การควบคุมความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิตทุก 15 นาทีและถ้ามีความผิดปกติปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนี้

5.1 ก่อนให้ยาลดความดันโลหิต ถ้า SBP > 185 mmHg หรือ DBP > 110 mmHg แพทย์อาจให้ยาในกลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ ทางหลอดเลือดดำ 1-2 ครั้ง หรือให้ Nitro paste 1-2 นิ้วแปะหน้าอก หรือให้ยา enalapril 1.25 mg ทางหลอดเลือดดำ

5.2 หลังให้ยาลดความดันโลหิต

- ถ้า DBP > 140 mmHg แพทย์อาจให้ Sodium nitroprusside (0.5 microgram/kg/min)
- ถ้า SBP > 230 mmHg หรือ DBP อยู่ระหว่าง 121-140 mmHg แพทย์อาจให้ยาในกลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ 10-20 mg ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียวหรือหยุดทางหลอดเลือดดำในปริมาณ 2-8 mg/นาที
- ถ้า SBP อยู่ระหว่าง 180-230 mmHg หรือ DBP อยู่ระหว่าง 105-120 mmHg แพทย์อาจให้ยาในกลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำและอาจให้ซ้ำตามแผนการรักษา
- ถ้า SBP มากกว่า 180 mmHg หรือ DBP อยู่ระหว่าง 105-140 mmHg แพทย์อาจให้ Nicardipine 5 mg/ชั่วโมง หยุดทางหลอดเลือดดำ

#### \* ข้อควรระวัง

การให้ยาลดความดันโลหิต จะไม่ให้ยาอย่างรวดเร็ว เช่น Nefidipine (adalat) ที่อมใต้ลิ้น เพราะจะทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการสมองขาดเลือดจากความดันโลหิตต่ำได้

6. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

6.1 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ไม่ให้น้ำตาลสูงเกิน 150 mg% เพราะจะไปทำลายสมองทำให้บริเวณสมองมีเนื้อตายเพิ่มขึ้น

6.2 หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีเด็กโตรสเป็นส่วนผสม

7. การพยาบาลทั่วไป

7.1 ให้พักบนเตียง

7.2 งดน้ำและอาหารยกเว้นยา

7.3 วัดสัญญาณชีพ

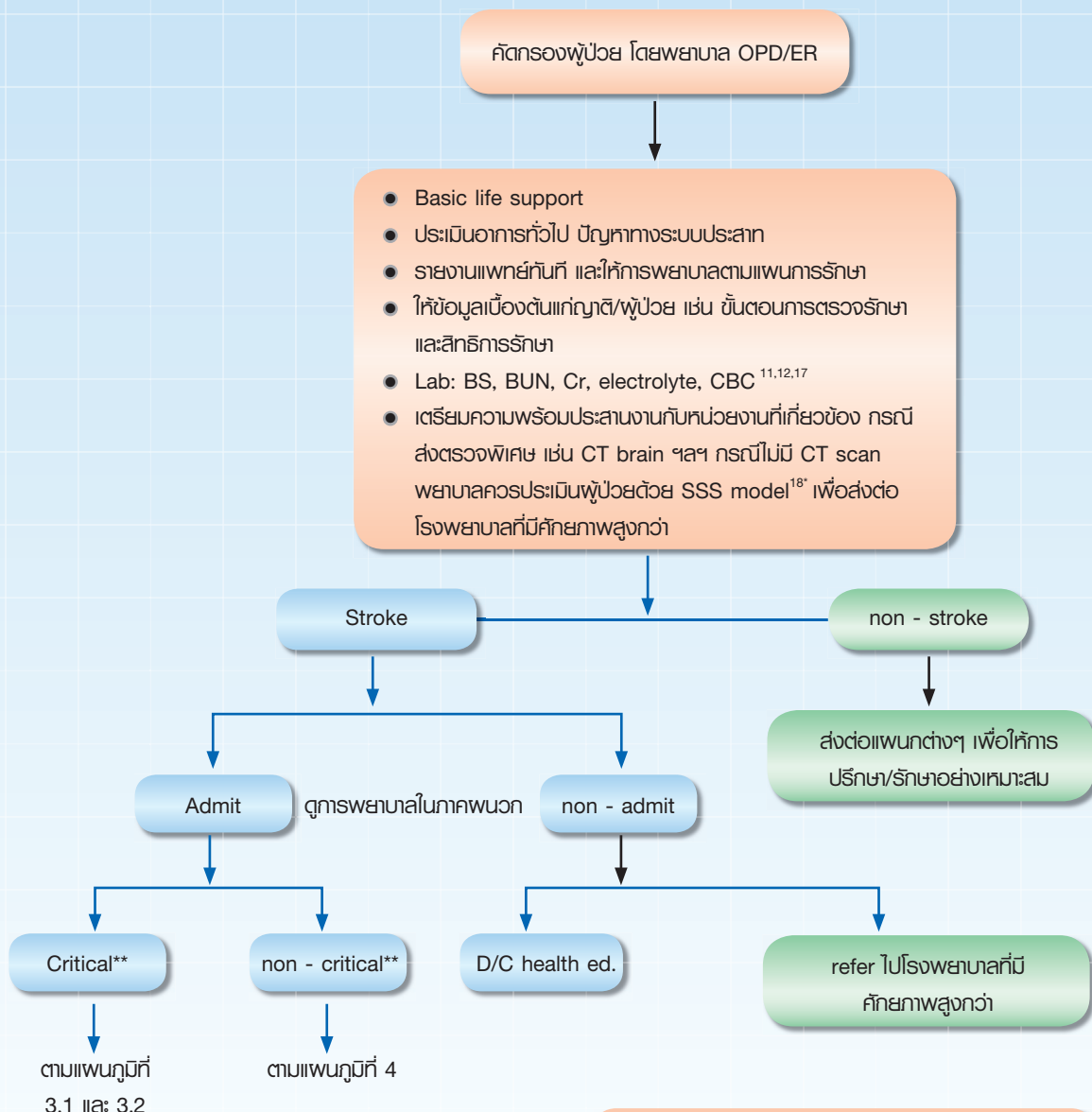
● ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง

● ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง

- ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง
  - และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว
- 7.4 ให้ออกซิเจน 2-4 L/min
  - 7.5 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ monitor EKG
  - 7.6 ประเมินอาการทางระบบประสาท

# แผนภูมิที่ 2

ผู้ป่วยมีอาการเริ่มแรกทางระบบประสาท ตั้งแต่ 3-72 ชั่วโมง



อาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน  
 @ แขนขา เา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งทันที  
 @ พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด  
 @ เดินเซ เวียนศีรษะทันทีทันใด  
 @ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดวงมัวข้างใดข้างหนึ่งทันที  
 @ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันที

\* SSS คือ Siriraj Stroke Score<sup>18</sup>  
 \*\* Glasgow comma scale ≤ 10  
 \*\*\* Glasgow comma scale > 10

# แนวทางการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท (neurological assessment)

## กิจกรรมทางการพยาบาล

### 1. ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว<sup>19</sup>

#### 1.1 โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) ซึ่งมีคะแนนรวมสูงสุด = 15 คะแนน

##### การลืมตา (eye opening)

- ลืมตาได้เอง 4 คะแนน
- ลืมตาเมื่อเรียก 3 คะแนน
- ลืมตาเมื่อรู้สึกเจ็บปวด 2 คะแนน
- ไม่ลืมตาเลย 1 คะแนน

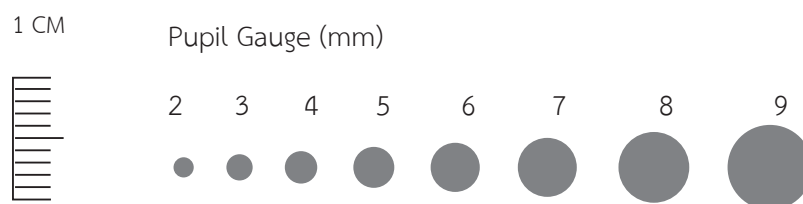
##### การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (verbal)

- พูดคุยได้ไม่สับสน 5 คะแนน
- พูดคุยได้แต่สับสน 4 คะแนน
- พูดเป็นคำๆ 3 คะแนน
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด 2 คะแนน
- ไม่ออกเสียงเลย 1 คะแนน

##### การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (movement)

- ทำตามคำสั่งได้ 6 คะแนน
- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ 5 คะแนน
- ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ 4 คะแนน
- แขนงอผิติดปกติ 3 คะแนน
- แขนเหยียดผิติดปกติ 2 คะแนน
- ไม่เคลื่อนไหวเลย 1 คะแนน

#### 1.2 ขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง<sup>16</sup>



มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย (บันทึกด้วยย่อ B =brisk) มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉายช้า (บันทึกด้วยย่อ S =sluggish)

ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย (บันทึกด้วยย่อ N =no reaction) ตาปิด (บันทึกด้วยย่อ C =close)

### 1.3 กำลังของแขน ขา (motor power)

|     |                    |                             |                               |
|-----|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| แขน | กำลังปกติ          | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
|     | ยกแขนต้านแรงไม่ได้ | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
|     | ขยับได้ตามแนวราบ   | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
|     | กระดิกนิ้วได้      | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
|     | ไม่มีการเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
| ขา  | กำลังปกติ          | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
|     | ยกขาต้านแรงไม่ได้  | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
|     | ขยับได้ตามแนวราบ   | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
|     | กระดิกนิ้วได้      | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |
|     | ไม่มีการเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> ขว | <input type="checkbox"/> ซ้าย |

### 1.4 สัญญาณชีพ

- อุณหภูมิร่างกาย (บันทึกด้วยย่อ T = temperature)
- ชีพจร (บันทึกด้วยย่อ P = pulse)
- อัตราการหายใจ (บันทึกด้วยย่อ R = respiratory)
- ความดันโลหิต (บันทึกด้วยย่อ BP = blood pressure) ถ้า SBP > 185-220 mmHg DBP > 120-140 mmHg วัด 2 ครั้ง ติดต่อกัน ใน 5 นาที และรายงานแพทย์ทันที (S = systolic blood pressure D = diastolic blood pressure)

2. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: IICP) เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก เกร็ง กระตุก และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที<sup>21</sup>

3. สังเกต และบันทึกอาการแสดงที่บ่งชี้ของโรคหลอดเลือดสมอง<sup>5</sup> ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการทางระบบประสาทเป็นแบบเฉพาะที่ เช่น กลืนลำบาก พูดลำบาก เวียนศีรษะ เดินเซ ขา อ่อนแรงครึ่งซีก มองเห็นภาพซ้อน ตามองไม่เห็น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นแบบเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามบางรายอาจมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ใน 2-3 วัน หรือดีขึ้นแล้วเลวลงก็ได้ นอกจากนี้ ควรมีการประเมินภาวะเพิกเฉย (neglect) ในผู้ป่วยด้วย เพื่อการป้องกันอันตรายและฟื้นฟูที่เหมาะสมต่อไป

4. ชักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยสนับสนุนการเกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ สุกดิบหรือ ตุ่มแอสคอสส์

5. ประเมินกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel index <sup>23, 24</sup> (อาจจะประเมินภายหลังเมื่อรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลแล้ว) (ภาคผนวกที่ 6)

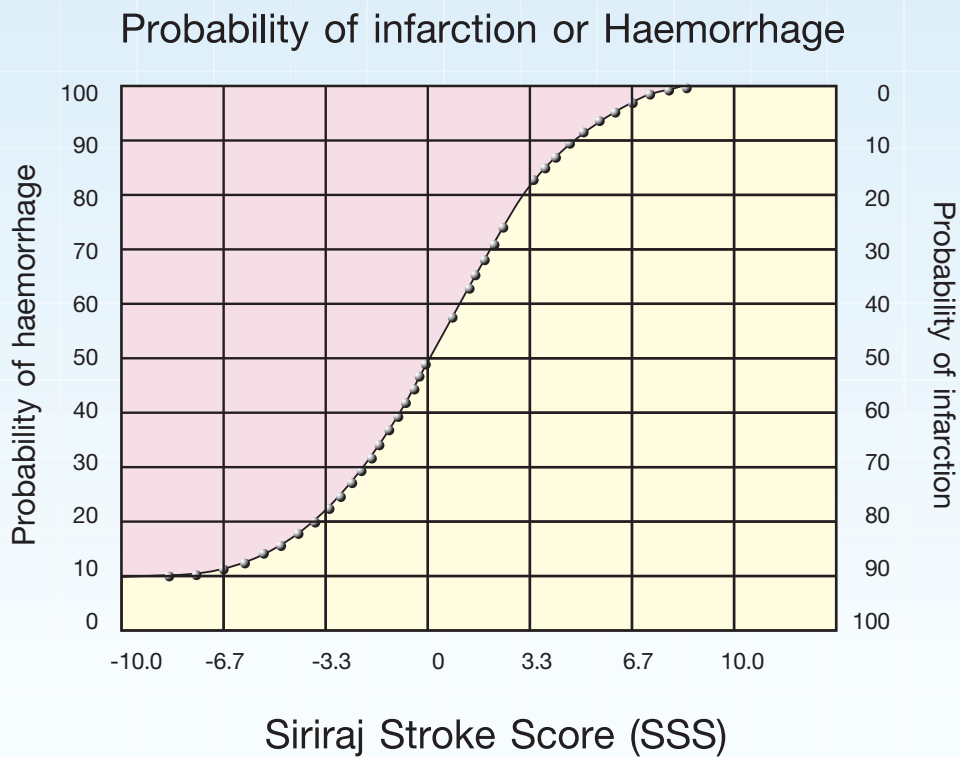
## Siriraj Stroke Score (SSS)

$$\begin{aligned} \text{SSS} = & + (2.5 \times \text{consciousness}) + (2 \times \text{vomiting}) \\ & + (2 \times \text{headache}) \\ & + (0.1 \times \text{diastolic blood pressure}) \\ & - (3 \times \text{atheroma}) - 12 \end{aligned}$$

|   | Point       |   |
|---|-------------|---|
| Consciousness .....alert                          | 0           |   |
| .....drowsy & stupor                              | 1           |   |
| .....Semicoma & coma                              | 2           |   |
| Vomiting/headache within 2 hours                  | No          | 0 |
|   | Yes         | 1 |
| Atheroma (diabetic history, angina, claudication) | None        | 0 |
|   | One or more | 1 |

| SSS     | Diagnosis   |
|---------|---|
| >1      | Cerebral haemorrhage.   |
| < - 1   | Cerebral infarction   |
| -1 to 1 | Uncertained diagnosis.<br>Use probability curve<br>(on opposite)<br>and/or CT scan. |

Note : the overall accuracy of the SSS is 90.3%





## แนวทางการประเมิน Siriraj Stroke Score (SSS)<sup>20</sup>

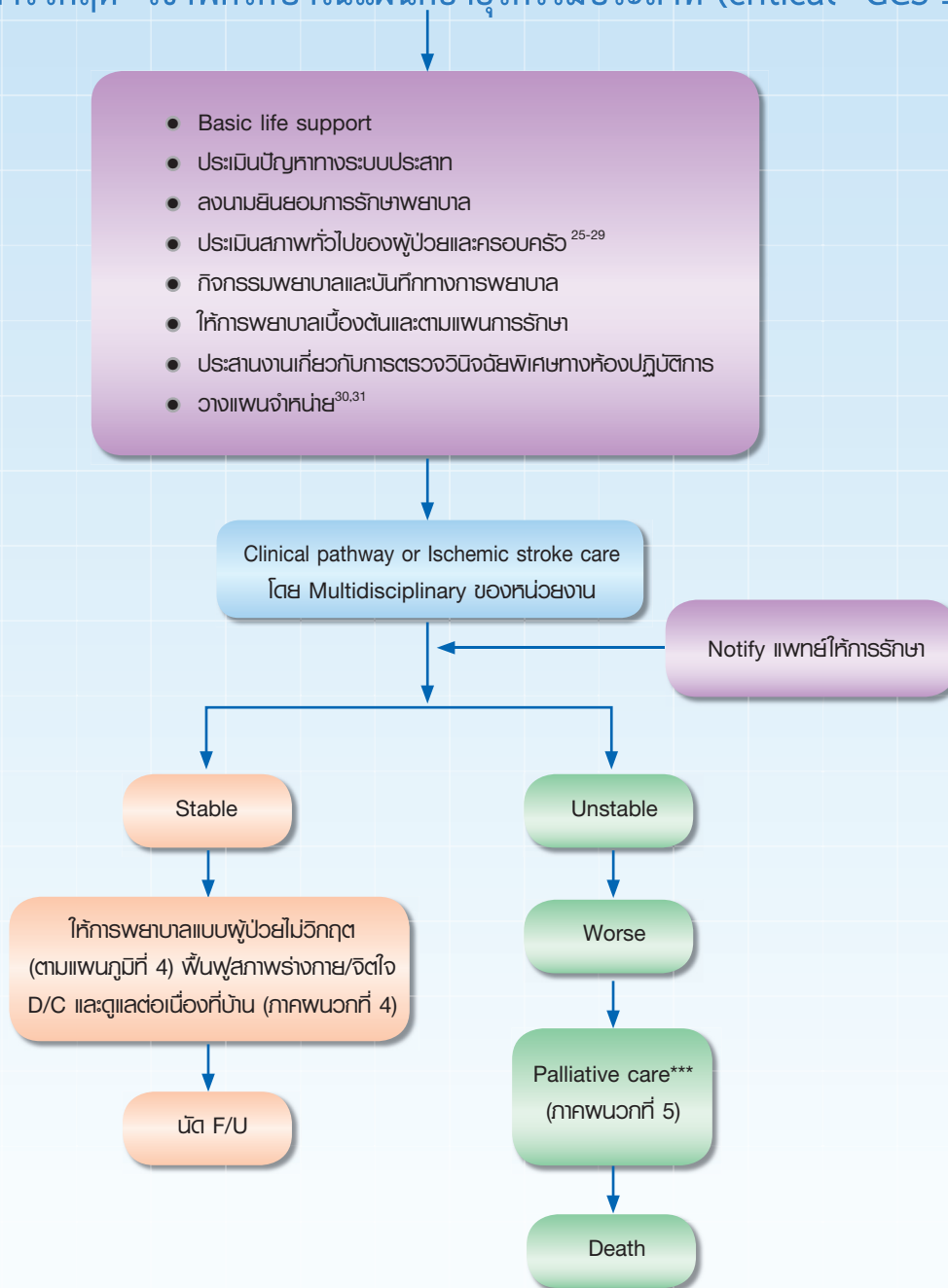
ในโรงพยาบาลที่เครื่องมือตรวจพิเศษไม่พร้อม พยาบาลควรประเมิน SSS model ควบคู่ไปกับการประเมินทางระบบประสาทในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพราะจะทำให้สามารถคาดเดาได้ว่าผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือดหรือจากเลือดออกในสมอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเตรียมผู้ป่วย เพื่อส่งต่อ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อการช่วยเหลือ และประสานงานต่อไป

### หมายเหตุ

- Alert หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกตัวระดับปกติสามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้ถูกต้องและรวดเร็ว<sup>22</sup>
- Drowsy & stuporous หมายถึง ผู้ป่วยง่วง ความรู้สึกเลลงและจะมีอาการซึมมากขึ้น จะหลับเป็นส่วนใหญ่ปลุกไม่ค่อยตื่น แต่ยังสามารถตอบสนองต่อความเจ็บปวดได้อย่างมีความหมาย เช่น หยิกที่แขนก็สามารถเอามือมาปิดได้ถูก
- Semicoma & coma หมายถึง ผู้ป่วยใกล้หมดสติจนถึงหมดสติ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอื่นๆ นอกจากความเจ็บปวดเท่านั้น<sup>22</sup>

# แผนภูมิที่ 3.1

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ischemic stroke) ที่มีอาการวิกฤต\* เข้าพักรักษาในแผนกอายุรกรรมประสาท (critical\* GCS  $\leq 10$ )

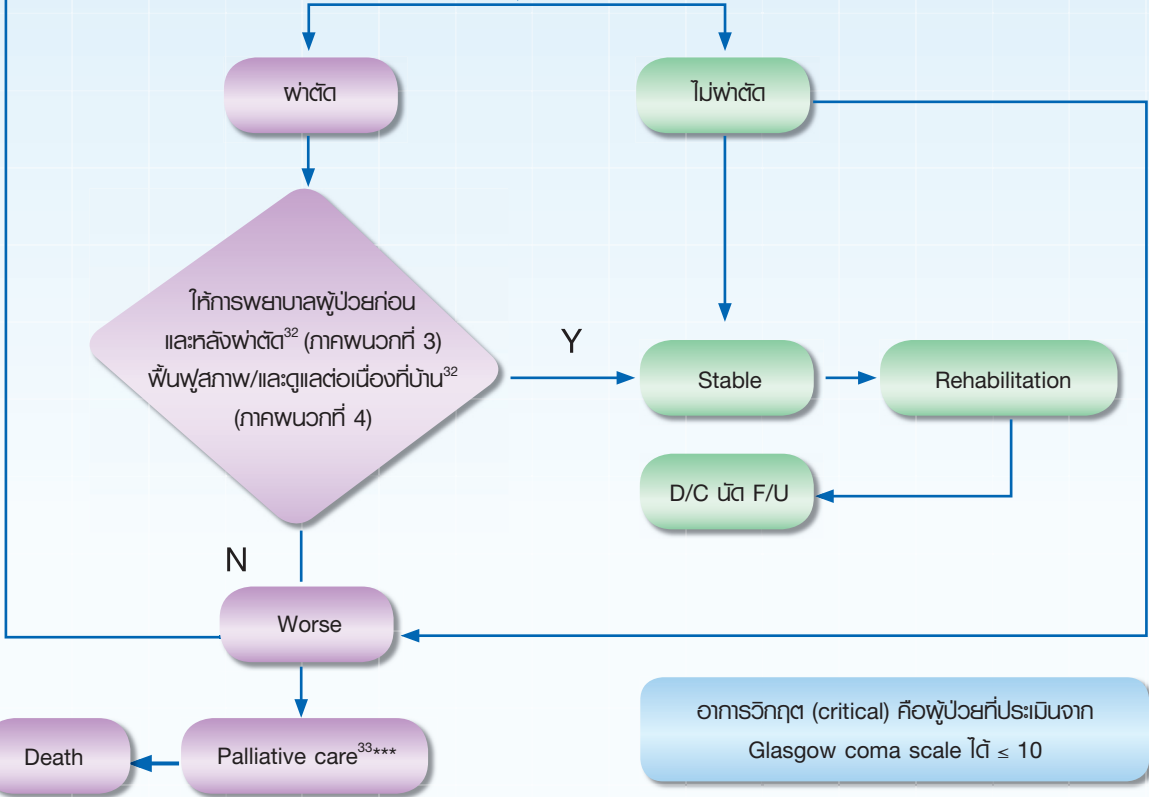


# แผนภูมิที่ 3.2

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ที่มีอาการวิกฤต\* เข้าพักรักษาในแผนกประสาทศัลยกรรม (critical\* GCS  $\leq 10$ )

- Basic life support
- ประเมินปัญหาทางระบบประสาท
- ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว
- กิจกรรมพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล
- ลงนามยินยอมการรักษาพยาบาล
- การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการตรวจพิเศษ เช่น CT, angiogram, MRI<sup>32</sup> เป็นต้น
- วางแผนจำหน่าย

Clinical pathway or Hemorrhagic stroke care โดย Multidisciplinary team \*\* ของหน่วยงาน



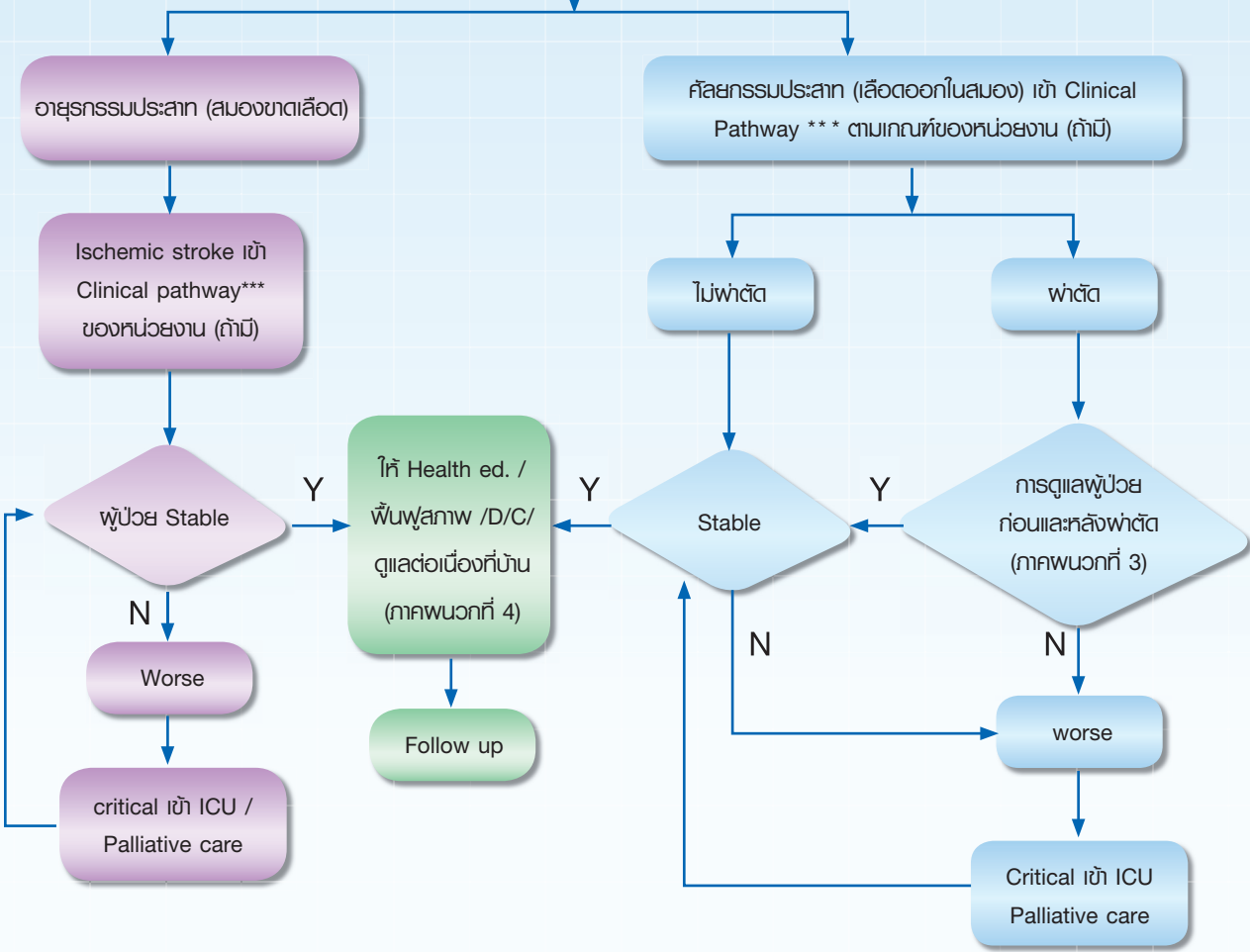
อาการวิกฤต (critical) คือผู้ป่วยที่ประเมินจาก Glasgow coma scale ได้  $\leq 10$

- \* อาการวิกฤต (critical) คือ ผู้ป่วยที่ประเมินจาก GCS ได้  $\leq 10$
- \*\* ปฏิบัติตาม clinical pathway ที่กำหนดโดย multidisciplinary team พร้อมประสานงานระหว่างแพทย์ประจำบ้าน กายภาพบำบัด โภชนากร และ/หรือบุคลากรอื่น
- \*\*\* Palliative care<sup>33</sup> หมายถึง การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน และให้การรักษาอาการปวดหรือปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ภาคผนวกที่ 5)

# แผนภูมิที่ 4

ผู้ป่วย Ischemic stroke และ Hemorrhagic stroke ที่มีอาการไม่วิกฤต  
เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (non critical\*; GCS > 10)

- ประเมินปัญหาทางระบบประสาท
- ประเมินสภาพครอบครัว ลงนามยินยอม\*\*
- กิจกรรมการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล
- เตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- ประสานงานการตรวจพิเศษ (กรณีที่ไม่มีเครื่องมือ/แพทย์เฉพาะทาง ใ้รักษาพยาบาลเพื่อส่งต่อ)
- การพยาบาลผู้ป่วยก่อน และหลังการตรวจพิเศษ เช่น CT, angiogram, MRI เป็นต้น
- วางแผนจำหน่าย



\* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไม่วิกฤต ที่มีการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว >10 คะแนน (GCS>10 คะแนน) ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวค่อนข้างดี อาการแสดงที่ปรากฏมักจะเป็นการ อากาธา และอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนและขาครึ่งซีก เดินเซไปด้านที่มีพยาธิสภาพ พูดลำบาก กลืนลำบาก บางครั้งจะมีความผิดปกติด้านการรับรู้ความรู้สึก บางรายพบว่ามีระดับสติปัญญาต่ำ

\*\* มีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย/ญาติ และลงนามยินยอมรับ การรักษาพยาบาล

\*\*\* ปฏิบัติตาม Clinical pathway ที่กำหนดจาก Multidisciplinary team ทางอายุรกรรม ประสาท หรือ ทางศัลยกรรมประสาท (ถ้าหน่วยงานนั้นมี) พร้อมประสานงานระหว่าง แพทย์ประจำบ้าน นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ โดย อยู่ในความดูแลของหน่วยอายุรกรรมประสาท หรือศัลยกรรมประสาท

## แนวทางการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว

### กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท
2. ชักประวัติการเจ็บป่วย
  - 2.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ปัจจุบัน โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และลักษณะเริ่มแรกของอาการที่แน่นอน ความสัมพันธ์ของอาการกับเหตุการณ์ต่างๆ การดีขึ้นหรือเลวลงของภาวะการเจ็บป่วย
  - 2.2 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว
3. ประเมินความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้รับผิดชอบ ที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้
4. ตรวจวัด ลงบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ และอาการแสดงทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง

## แนวทางการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ดำเนินการส่งตรวจ ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ตามนโยบาย หรือแนวปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน
2. ถ้าหน่วยงานใดยังไม่มียโยบาย หรือแนวปฏิบัติให้รอแผนการรักษาจากแพทย์ และประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น
  - 2.1 ห้อง X-ray, ห้องตรวจคลื่นหัวใจ ห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ
  - 2.2 ในกรณีสงสัยว่ามีสาเหตุมาจากเส้นเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจ ประสานงานไปยังหน่วยงานนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งผู้ป่วยตรวจ Echocardiogram
  - 2.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี และไม่มีหลักฐานว่ามีลิ่มเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจ แพทย์อาจจะสั่งการรักษา และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม เช่น ESR, ANA profile, Coagulogram, Protein C, Protein S, Antithrombin III.

## แนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจพิเศษ (angiogram, MRI, CT)

### การพยาบาลก่อนการตรวจ angiogram

1. ส่งใบ request ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ประวัติการแพ้อาหารทะเล และสารทึบแสง
  - อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติ เข้าใจในการทำ รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ขณะทำ และหลังรับการตรวจ และลงชื่อในใบยินยอมรับการตรวจรักษา
  - ตรวจดูผลการตรวจเลือด ถ้าพบว่าผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ เช่น coagulation defect, kidney function test
  - ดูแลให้ผู้ป่วย งดน้ำ และอาหารอย่างน้อย 6 ชม. ก่อนทำการตรวจ

- ให้ IV FLUID ที่แขนซ้าย ก่อนส่งตรวจ ต่อ extension, T – way พร้อมเตรียม IV FLUID ส่งไปพร้อมกับผู้ป่วยอีก 1 set

- บันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ก่อนส่งตรวจ
- เตรียมความสะอาดผิวหนัง โดยโกนขนบริเวณอวัยวะเพศ และขาหนีบ 2 ข้าง
- ให้ผู้ป่วยปัสสาวะหรือคาสายสวนปัสสาวะในบางรายตามแผนการรักษาของแพทย์

### การพยาบาลหลังการตรวจ angiogram

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ เหยียดขาข้างที่ทำให้ตรงนาน 8 ชั่วโมง
2. จับชีพจรบริเวณขาหนีบ (femoral artery) ทั้ง 2 ข้าง เพื่อเปรียบเทียบ (ทำเครื่องหมายบนผ้าปิดแผล)
3. จับชีพจรบริเวณ dorsalis pedis artery ทั้ง 2 ข้าง สังเกตความผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยบ่น ชาปลายเล็บเขียว คลำชีพจรไม่ได้ ให้รายงานแพทย์ทันที
4. สังเกต ลักษณะแผล บวม มีเลือดซึมหรือไม่ ถ้าพบมีเลือดซึม ให้กดบริเวณแผลนาน 15 นาที และรีบรายงานแพทย์
5. บันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ
6. แกะพลาสเตอร์ปิดแผล (dressing) ที่ขาหนีบออก หลัง 8 ชั่วโมงไปแล้ว

### การพยาบาลผู้ป่วยที่ส่ง CT BRAIN

1. ส่งใบ request ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ
    - ชักประวัติการแพ้อาหารทะเล และสารทึบแสง
    - อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติ เข้าใจในการตรวจวินิจฉัย และลงนามในใบยินยอม
    - กรณีฉีดสารทึบแสง ดูแลให้ผู้ป่วย ดื่มน้ำ และอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนทำการตรวจ ซึ่งบางรายแพทย์อาจสั่งการรักษาให้เปิดเส้นเลือดไว้
- แนบผลการตรวจเลือด BUN, Creatinine, Coagulogram

### การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อตรวจ MRI BRAIN

1. ส่งใบ request ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรณี ผู้ป่วยเด็ก consult วิชาญแพทย์)
2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ
  - ชักประวัติเกี่ยวกับการมีโลหะในร่างกาย เช่น การใส่ pacemaker เป็นต้น
  - อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติ เข้าใจในการตรวจ และลงนามในใบยินยอม
  - ในเด็กให้ IV FLUID ตามแผนการรักษาของแพทย์
  - ให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนตรวจ
  - ใช้วัสดุอุดหู เพื่อป้องกันเสียงดังรบกวนในขณะที่ตรวจ



## เอกสารอ้างอิง

1. นิพนธ์ พวงวรินทร์. Epidemiology of stroke. ใน: นิพนธ์ พวงวรินทร์, (บรรณาธิการ). **โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)** ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544:1-37.
2. Viriyavejakul A, Pongvarin N, Vannasaeng S. The prevalence of stroke in urban community of Thailand. *J Neurology*. 1985;232 (suppl):93.
3. Viriyavejakul A, Senanarong V, Prayoonwivat N, Praditsuwan R, Chaisevikul R, Pongvarin N. Epidemiology of stroke in the elderly in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 1998;81: 487-505.
4. World Health Organization Meeting on Community Control of Stroke and Hypertension. Control of stroke in the community: methodological considerations and protocol of WHO stroke register. CVD/s/73.6 Geneva: WHO, 1973.
5. สถาบันประสาทวิทยา. **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ**. ฉบับที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549:3.
6. สถาบันประสาทวิทยา. **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์**. ฉบับที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ., 2547: 3.
7. Hacke, W., Kaste, M., Skyhoj Olsen, T., Hacke, W., Orgogozo, J.M. For the EUSI Executive Committee. Acute treatment of ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2000;10 (suppl 3):22-33.
8. Broderick JP, NINDS. Guideline for medical care and treatment of blood pressure in patients with acute stroke. Proceeding of a Nation symposium on Rapid Identification and treatment of acute stroke, December 12-13, 1996.
9. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Eng J Med*. 1995;333: 1581-7.

10. Adams HP Jr, Brott TG, Furlan AJ, et al. Guidelines for thrombolytic therapy for acute stroke: a supplement to the guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke: a statement of healthcare professional from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke*. 1996;94:1167-74.
11. Adams HP, Adams RJ, Brott T, et al. Guideline for the early management of patients with ischemic stroke: a scientific statement of from the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke*. 2003;34:1056-83
12. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke CT, computed tomography; NIHSS, National Institute of Health Stroke Scale; NINDS, National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *N Engl J Med*. 1995;333 (24):1581-7.
13. Benavente, O. & Hart, R. (1999). Stroke part II: Management of acute ischemic stroke. *American Family Physician*. May15, 1999. download from <http://www.aafp.org/afp/990515ap/2828.html> on May 8, 2007.
14. Bonnono, C, Criddle, L.M, Lutsep, H, Steven, P, Kearns, k, Noton, R. (2000). Emergi-paths and stroke teams: An emergency department approach to acute ischemic stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*. 32(6):298-304.
15. Brott, T & Bogoussalavsky, J. (2000). Treatment of acute ischemic stroke. *New England Journal Medicine*. 343:710-719. download from <http://www.nejm.org>. on May7, 2007
16. Carrozzella, J. & Jauch, E.C. (2002). Emergency stroke management: A new era. *Nursing Clinic of North America*. 37(1):35-55.
17. Kwiatkoski, T.G et al. (1999). Effect of tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke at one year. *New England Journal Medicine*. 340(23): 1781-1787 download from <http://www.nejm.org> on May 7, 2007.
18. Suyama, J, & Crocco, T. (2002). Prehospital care of the stroke patient. *Emergency Medicine Clinics North America*. 20(23):537-552.
19. สถาบันประสาทวิทยา. *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ทั่วไป*. ฉบับที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544:4-11.
20. Pongvarin N, Viriyavejakul A, Komontri C. Siriraj Stroke Score and validation study to distinguish supratentorial intracerebral haemorrhage from infarction. *B S Med J* 1991; 302:1565-7.
21. Hickey, J.A. (editor). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 5<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:164-165.

22. นลินี พสุคันธภัค. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทางระบบประสาท เอกสารประกอบการอบรม หลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา, 2550:102.
23. Greenberg S, Fowler RS Jr, Kinesthetic biofeedback : a treatment modality for elbow range of motion in hemiplegia. *Am J Occop ther.* 1980;34 (11):734-43.
24. Grager Cv, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measure. *Arch phys Med Rehabil,* 979;60(1):14- 7.
25. Blake, H., Lincoln, N.B., & Clarke, D.D. Caregiver strain in spouse of caregivers patients. *Clin Rehabil.* 2003;17:312-7.
26. Yanyong I, Patcharawiwatpong P. Stress in caregivers of stroke patients. *J Thai Rehabil.* 2003;13:63-70.
27. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregivers burden and health – related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing,* 2003;32:218-23.
28. White, C.L., Mayo, N., Hanley, J.A, & Wood–Dauphinee, S. Evolution of the caregivers experience in the initial 2 years following stroke. *Res Nurs Health.* 2003;26:177-89.
29. Heuvel, E.T.P., de Witte, LP., Schure, LM., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clin Rehabilitation,* 2001;15(6):669-77.
30. Heuvel, E.T., de Witte, L.P., Sanderman, R., Schure, L.M., & Meyboom-de Jong B. Long- term effects of group support program and individual support program for informal caregivers of stroke patients, which caregivers benefit the most. *Patients Educ Coun.* 2002;47:291-9.
31. Evans, R.L., Matlock. A.L., Bishop, D.S., Stranahan, S., & Pederson, C.K. Family intervention after stroke; dose counseling or education help? *Stroke,* 1998;19:1243-9.
32. กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา. **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 1.** กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545:12, 21-28
33. วันดี โภคะกุล, **วาระสุดท้ายของชีวิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ระยะสุดท้ายสำหรับประชาชน.** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: 2541;11-14, 68-78.

# ภาคผนวกที่ 1

การพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในรายที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (non admit)

## กิจกรรมการพยาบาล

### 1. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

#### 1.1 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อร่างกายและจิตใจ

- อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อข้างใดข้างหนึ่งอาจเป็นทั้งแขนและขา
- มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น การนั่ง การยืน หรือเดินไม่ได้แม้ว่ากล้ามเนื้อ จะยังคง

แข็งแรง

- ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารผู้ป่วยบางรายไม่สามารถพูด และไม่สามารถเข้าใจภาษาทั้งพูด

และเขียน บางรายพูดไม่ได้แต่ฟังรู้เรื่อง บางรายพูดลำบาก

- ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจอวัยวะข้างใดข้างหนึ่งมักเกิดในผู้ป่วยที่อ่อนแรงข้างซ้าย
- มีอาการชา หรือปวดข้างใดข้างหนึ่ง
- ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเรียนรู้
- ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร
- มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ
- ผู้ป่วยอาจจะมีอาการเหนื่อยง่าย
- ผู้ป่วยอาจมีอาการแปรปรวนเช่น หัวเราะ หรือร้องไห้เสียงดัง
- อารมณ์วิตกกังวลอาจพบได้ในระยะแรกของโรค เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจว่าตนเอง

ป่วยเป็นโรคอะไร สาเหตุจากอะไร ต้องรักษาอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเท่าไร รักษาหายหรือไม่ ซึ่งอาจแสดงออกมาทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พฤติกรรมถดถอย เรียกร้องความสนใจ ต้องการให้ช่วยเหลือต่างๆ ที่สามารถทำได้

- มีภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นานทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เบื่อกิจกรรมทุกอย่าง ท้อแท้ อยากตาย ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองไม่มีโอกาส ไม่มี ความหวังเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า

- พฤติกรรมต่อต้าน ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ จะปฏิเสธการดูแลจากคนอื่น ไม่ยอมให้ช่วยเหลือ ไม่ยอมรับประทานยา หรือไม่ยอมให้ฉีดยา

- พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ เอาแต่ใจ เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองทันที ก็เกิดความโกรธ และแสดงความก้าวร้าวต่อผู้รักษาหรือญาติพี่น้อง

- พฤติกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลง เช่น เพิ่มขึ้นหรือลดลง

- หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่าทำให้อาการของโรคเลวลง เช่น ไม่กล้าทำงาน ไม่กล้าเดินทาง บางคนไม่อยากตกอยู่ในสภาพเจ็บป่วย ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ไม่รับประทานยา ฯลฯ

### การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ต้องทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน

### การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โดยทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นญาติของผู้ป่วย เช่น สามีหรือภรรยา ลูก พี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน หรืออาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านผู้ดูแลผู้ป่วย จะต้องเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ยังต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย

### บทบาทของผู้ป่วย

ต้องเรียนรู้การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามความเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ลูกหลานและผู้ดูแล

### บทบาทของญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ให้ผู้ป่วยใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรง เท่าที่สามารถจะทำได้
2. ช่วยเหลือกิจกรรมเท่าที่จำเป็นที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้
3. ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง
4. ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย
5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง
6. ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟันทำความสะอาดช่องปาก ดูแลการขับถ่าย และการแต่งตัว
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ในรายที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ สามารถให้อาหารทางสายยางได้อย่างถูกวิธี ในรายที่รับประทานอาหารเองได้ ให้ระวังการสูดสำลัก
8. ในรายที่ผู้ป่วยเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถทำแผลและดูดเสมหะได้อย่างถูกวิธี
9. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ดูแลผิวหนังและป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ
10. ช่วยเหลือในการพักผ่อนนอนหลับ เช่น จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความสบายให้แก่ผู้ป่วย
11. ช่วยเหลือในการหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม เช่น การเกิดอุบัติเหตุ ป้องกันการพลัดตกลงลิ้นลิ้ม
12. ถ้าผู้ป่วยคายสวมนปัสสาวะไว้ ควรดูแลสายสวนลงระบบปิดที่ปลอดภัย โดยทำความสะอาด ด้วยน้ำต้มสุกและน้ำสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่ปนเปื้อนอุจจาระ และตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้ง
13. ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัว ไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียงผู้ป่วย บอกวัน เดือน ปี เวลา สถานที่ และ บุคคลให้ผู้ป่วยได้รับทราบบ่อยๆ

14. ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

15. ช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเคร่งครัด ห้ามขาดยาหรือปรับยาเอง และมาพบแพทย์ตามนัด

## 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 อาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

2.1.1 แขนขา ซา อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกข้างใดข้างหนึ่งที่ทันใด

2.1.2 พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ นึกคำพูดไม่ออกหรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด

2.1.3 ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งที่ทันใด

2.1.4 ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน

2.1.5 เวียนศีรษะบ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัว

กรณีพบผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้รีบพบแพทย์โดยด่วน ถึงแม้อาการอาจจะดีขึ้นได้เอง แต่การไปพบแพทย์ก็มีความจำเป็นเพื่อจะได้รับการรักษาทันทั่วที่และจะได้ฟื้นฟูสภาพร่างกายรวดเร็วยิ่งขึ้น

2.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบมากในผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

2.3 ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดสมอง

ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้และที่ควบคุมไม่ได้

### ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

1. ความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 mmHg ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 4-6 เท่า โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

2. เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

3. ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg% และระดับไขมันชนิดดี หรือ High density lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดีหรือ Low density lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100-130 mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกรัน (plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือด ทำให้ผนังเส้นเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจึงไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด วิธีลดไขมันชนิดไม่ดีและเพิ่มไขมันชนิดดีทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอและการรับประทานอาหารที่มีไขมันลดลง เพิ่มผักและผลไม้มากขึ้น

4. ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายโดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ ดัชนีมวลกาย (body mass index หรือ BMI) ไม่ควรเกิน 23kg/m<sup>2</sup> โดยคำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลัง 2 หรือรอบเอวไม่ควรเกิน 32 นิ้ว ในเพศหญิง และ 36 นิ้วในเพศชาย

5. โรคหัวใจ เช่น หัวใจล้มเหลว โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่างๆ ของหัวใจอาจหลุดเข้าไปใน

หลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิด atrial fibrillation มีโอกาสเสี่ยงเป็น 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น

6. Homocystein สูง Homocystein เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือดค่าปกติประมาณ 5-15 micromoles per liter เนื่องจาก Homocystein จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้เป็น Homocystein สูงทำได้โดยให้รับประทานอาหารที่มี Folic acid และหรือรับประทานวิตามินบี 6 และ 12 เสริม

7. บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า

8. แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะ หรือเลือดออกง่ายกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง

9. โคเคน แอมเฟตามีน (amphetamines) และเฮโรอีน เป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิต ชีพจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

10. การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงและผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานประเภททอด หรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียวและผลไม้

11. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิด ยาพวกสเตียรอยด์ ภาวะเลือดหนืดข้น

### **ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่**

1. อายุ พบว่าอายุที่มากขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าและคนอายุ 65 ปีขึ้นไปพบมากเป็น 3 เท่าของคนที่ยุ่่น้อย

2. เพศ เพศชายเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับหญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว เพศหญิงมีโอกาสตายสูงกว่าเพศชาย

3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาต จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

4. เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำ (African American) เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (caucasians) 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำอ้วน เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว

5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต จากสถิติที่พบผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ชั่วคราว (transient ischemic attack :TIA) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 10 เท่า การรับประทานยาป้องกันเกล็ดเลือดจับกลุ่มกันสามารถช่วยป้องกันโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

### **อุบัติการณ์**

ในประเทศไทย พบอัตราการเกิดโรค 690 คนต่อประชากร 1 แสนคน แสดงว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งประเทศประมาณ 5 แสนคน โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (ischemic stroke ประมาณร้อยละ 75-80) และโรคหลอดเลือดสมองจากเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke ประมาณร้อยละ 20-25)



### การตรวจวินิจฉัย

1. การตรวจเลือดเพื่อหาสาเหตุต่างๆ เช่น blood sugar, BUN, Cr, electrolytes, CBC, platelet count, Hct, coagulogram, PT, PTT, INR, lipid profile, VDRL
2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram)
3. การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นความถี่สูง
  - การตรวจหลอดเลือดที่คอ (carotid duplex scan)
  - การตรวจหลอดเลือดในสมอง (MRA, MRV)
  - การตรวจการทำงานของหัวใจ (echocardiogram)
  - Transcranial doppler ultrasound (TCD)
  - Venous doppler ultrasound
4. การตรวจทางรังสี เช่น
  - การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray)
  - การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT.brain)
  - การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
  - การฉีดสารทึบแสงเพื่อดูหลอดเลือดที่เลี้ยงสมอง (cerebral angiography)

### การรักษา

ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตายมีโอกาสน้อยลงมากเท่านั้น หลักการรักษาประกอบด้วย

1. การรักษาทางยาสำหรับผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด แพทย์จะให้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกร็ดเลือดและยาด้านการแข็งตัวของเลือด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจะต้องมาตรวจสม่ำเสมอเพื่อปรับขนาดของยาตามแผนการรักษา
2. การรักษาโดยการผ่าตัดในบางรายโดยเฉพาะผู้ที่เป็นหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออกในสมอง
3. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
4. การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

### การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการลดปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

1. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมอย่าให้อ้วน
2. งดสูบบุหรี่
3. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
4. ตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
5. ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว ต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาหรือปรับยาเองโดยเด็ดขาด



6. ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่มีปัญหา Atrial fibrillation หรือ carotid artery disease ควรพบแพทย์รักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
  7. ในกรณีที่เป็โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันอยู่แล้ว แพทย์จะรักษาโดยให้รับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง
  8. รับประทาน Vitamin E จากการวิจัยของ American Academy of Neurology in Toronto Canada พบว่า Vitamin E สามารถลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 53
  9. รักษาความสะอาดของช่องปากไม่ให้เหงือกอักเสบ เพราะจะเพิ่มการเกิดของ atherosclerosis ซึ่งจะเพิ่ม fatty plaques ในหลอดเลือด carotid ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
  10. รับประทานอาหารที่มีโอเมก้า 3 เพราะ Fish oil สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด thrombosis stroke ได้
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลซักถามปัญหาและข้อสงสัย

# ภาคผนวกที่ 2

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ต้องรักษาไว้ในโรงพยาบาล

### กิจกรรมทางการพยาบาล

#### 1. การเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่

##### 1.1 รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยหรือรับการติดต่อจากพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD/ER)

##### 1.1.1 สอบถามอาการ อาการแสดง เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย

##### 1.1.2 สอบถามแผนการรักษาพยาบาลหรือการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์

ทางการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการรักษาพยาบาล

##### 1.2 เตรียมเตียงและสภาพแวดล้อมสำหรับรับผู้ป่วย

##### 1.3 เตรียมอุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

#### 2. การรับผู้ป่วยใหม่

##### 2.1 พยาบาลแนะนำตนเอง ต้อนรับทักทายผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

##### 2.2 ประเมินสภาพผู้ป่วย เกี่ยวกับ

##### 2.2.1 สัญญาณชีพและความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ตาพร่ามัวลง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง

##### 2.2.2 ชักประวัติทั่วไปและประวัติทางระบบประสาทเพิ่มเติม เช่น

● เวลาที่เริ่มเป็นก่อนมาโรงพยาบาล ในกรณีที่ไม่น่าสนใจให้เริ่มนับเวลาที่เริ่มเป็นตั้งแต่ที่เห็นผู้ป่วยมีความผิดปกติครั้งสุดท้าย เช่น เวลา 21 นาฬิกา ก่อนเข้านอนยังมีอาการปกติแต่ตื่นมาตอนเช้าพบว่าแขนขาอ่อนแรง กรณีนี้ให้นับระยะเวลาที่เริ่มเป็นตั้งแต่ 21 นาฬิกา

● ความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ตาพร่ามัวลง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง

● ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

● ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอาการร่วมอื่นๆ

● ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการรักษาที่เคยได้รับ

● ประวัติครอบครัว

● ประวัติการแพ้ยา

2.3 รายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบทันที เกี่ยวกับ ชื่อสกุล อายุ การวินิจฉัยโรค อาการแรกรับและสัญญาณชีพ

##### 2.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง และเปลี่ยนเสื้อผ้า พร้อมติดป้ายชื่อ ข้อมือ และที่เตียง

### 3. กิจกรรมพยาบาล

- 3.1 ตรวจสอบการลงนามยินยอมให้ทำการรักษาของผู้ป่วยหรือญาติ
- 3.2 ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และตามแผนการรักษาของแพทย์
- 3.3 ส่ง Specimen และใบส่งตรวจต่างๆ ไปตามแผนกที่กำหนดไว้
- 3.4 เขียน Kardex ใบแจ้งการให้ยา ตามแผนการรักษา
- 3.5 เบิกอาหารให้ถูกต้อง ตามแผนการรักษา
- 3.6 จัดทำรายงานผู้ป่วยรับใหม่และลงบันทึกทางการพยาบาล ให้ถูกต้องสมบูรณ์ดังนี้

3.6.1 ลงชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ การวินิจฉัยโรค วันที่ เวลารับใหม่ พร้อมทั้งระบุแพทย์เจ้าของไข้ในสมุดทะเบียนผู้ป่วย

3.6.2 อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต แรกรับ

3.6.3 นำส่งหออผู้ป่วยโดยวิธีใด เช่น เดินมา นั่งรถเข็น เปลนอน

3.6.4 อาการ และอาการแสดงแรกรับ

3.6.5 เวลาที่แพทย์มาเยี่ยมผู้ป่วย

3.6.6 การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาที่ให้การพยาบาล

3.6.7 ยาที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาที่ให้ยา/ลงชื่อกำกับ

### 4. การปฐมนิเทศผู้ป่วยใหม่ และญาติเกี่ยวกับ

- 4.1 แนะนำทีมงานรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น
- 4.2 กฎระเบียบของโรงพยาบาล
- 4.3 สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย
- 4.4 วิธีการใช้อุปกรณ์ภายในหอผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือเมื่อเกิดปัญหา
- 4.5 กำหนดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน
- 4.6 สถานที่ในการติดต่อเกี่ยวกับข้อมูลในการรักษาพยาบาล
- 4.7 แผนการรักษาของแพทย์
- 4.8 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิบัตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น

### 5. การติดต่อประสานงานกับญาติ

5.1 ชักประวัติและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ และการรักษาของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล

5.2 จัดให้ญาติได้พบแพทย์เพื่ออธิบายผลการตรวจวินิจฉัย การดำเนินของโรค แนวทางหรือแผนการรักษา และการเตรียมความพร้อม เพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5.3 ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

5.4 แนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การจัดทำนอน การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.4.1 ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการให้อาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่เก้าอี้ ฯลฯ เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

#### 5.4.2 สอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (care giver) เกี่ยวกับ

- การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดทั้งชนิดอาหารที่ควรได้รับหรือหลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย
- จัดเวลาให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ขณะรับประทานอาหารไม่เมื่อยล้า ลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารเพราะจะทำให้ความสนใจของผู้ป่วยในการรับประทานอาหารลดลง
- จัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตา ที่ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้
- ควรให้อาหารอ่อนนุ่มและไม่มีน้ำมาก เป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ถ้าอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาว ควรตัดให้สั้น เพื่อให้กลืนได้สะดวก
- แนะนำวิธีกลืนให้กระทำเป็นจังหวะ ขณะรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วย
- หลังรับประทานอาหารให้ดื่มน้ำตามทุกครั้ง ใช้หลอดดูดหรือใช้ช้อนป้อน และให้ดื่ม ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

#### 5.4.3 กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน

- สอนและแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน
- จัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูง ขณะรับประทานอาหาร
- ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเหลวได้ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำโดยใช้หลอดดูดแทน
- ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (NG tube feeding) จะต้องฝึกทักษะให้กับญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม

5.4.4 สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำหรือเช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า ถอดรองเท้า ฯลฯ

5.4.5 สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้นโดย

- สอนและแนะนำผู้ป่วย/ญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Active resistive exercise กับแขนขาข้างที่ดี
- สอนและฝึกกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแขน-ขาอ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวที่ตึงอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง
- ในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย
- ดูแลให้ประคับประคองแขน-ขาข้างที่อ่อนแรงทุกครั้ง que ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรม
- ไม่ควรดึงแขนขาข้างที่อ่อนแรง เวลาเคลื่อนย้าย หรือจับผู้ป่วยลุกนั่ง

- แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการนั่งห้อยขาหรืองอเข่า เป็นเวลานานๆ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่าง ๆ
- จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบ อุปกรณ์และ

ของใช้

## 6. กิจกรรมการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

6.1 ประเมินความสามารถในการเข้าใจเรื่องที่สนทนา การตอบสนองต่อการสนทนาและการปฏิบัติตามข้อชี้แนะว่าถูกต้องเหมาะสมแค่ไหนเพียงใด

6.2 ให้ความคุ้นเคย ให้ความเข้าใจและใช้เวลา เพื่อผู้ป่วยและญาติรู้สึกมั่นใจและไว้วางใจ

6.3 สอนให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจเข้า-ออก ลึกและช้า

6.4 สอนและแนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนที่เพียงพอ

6.5 ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่

6.6 สอนและแนะนำให้ดูแลด้านจิตใจ อารมณ์อย่างต่อเนื่อง

6.7 กระตุ้นให้ครอบครัวให้ความรัก ความเข้าใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก

## 7. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดยึด แผลกดทับ อุบัติเหตุจากการพลัดตกกลิ้งล้ม ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินตามมาตรฐานทางการพยาบาล

## 8. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

8.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

8.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

8.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น

- ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน
- แขน-ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น
- มีความผิดปกติของสายตามากขึ้น
- ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น
- พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น

8.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

8.5 สอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการทำความสะอาดร่างกาย ฯลฯ

8.6 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้ความรู้ในการซักถามและทำความเข้าใจ

## 9. กิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

9.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมเอกสารความรู้ของโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ

9.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ และกระบวนการส่งต่อ ที่ให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในชุมชนตามภูมิสำเนาของผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ถ้ามี)

## 10. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้

10.1 ประเมินลักษณะการสื่อสารของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย ในด้านความเข้าใจภาษา การพูด การอ่านและเขียน

10.1.1 ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” เช่น คุณรู้สึกร้อนใช่ไหม  
ถามคำถามตรงกันข้าม เช่น คุณรู้สึกหนาวใช่ไหม? เป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน

10.1.2 ถามคำถามที่สั้นและง่ายและแสดงลักษณะท่าทางประกอบ

10.1.3 ผู้ประเมินหรือสนทนาควรรยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรืออยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถเห็นได้

10.1.4 ประเมินการเขียนตามคำพูดโดยให้ผู้ป่วยลองเขียนบนกระดาษ

10.1.5 ประเมินความเข้าใจจากภาพ โดยให้ผู้ป่วยสื่อความหมายจากภาพที่มองเห็น

10.2 ส่งปรึกษานักอรรถบำบัดเพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการสื่อสารและวางแผนการฟื้นฟูสภาพ

10.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ พูดลำบาก พูดไม่ชัด (Broca's aphasia หรือ dysarthria) ให้ปฏิบัติดังนี้

10.3.1 ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรก หรือกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

10.3.2 บรรยากาศในการสื่อสารควรจะสงบเงียบ

10.3.3 ผู้สนทนาควรมีท่าที่สงบ ผ่อนคลายและเป็นกันเอง

10.3.4 ให้ความรู้ผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยหาคำที่จะพูด หรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง

- 10.3.5 ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร
- 10.3.6 ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย
- 10.3.7 ไม่ควรถามคำถามโดยไม่รอคำตอบ
- 10.3.8 ผู้สนทนาไม่ควรพูดตะโกนหรือเสียงดัง ควรใช้เสียงพูดที่เป็นปกตินุ่มนวล อ่อนโยน เพราะผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียการได้ยิน
- 10.3.9 สนทนาแต่ละครั้งควรใช้ผู้สนทนาเพียงคนเดียว เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการตอบสนองกับผู้พูดหลายคนหรือคำพูดที่หลากหลาย
- 10.3.10 ขณะสื่อสารผู้สนทนาควรสบตาและพูดกับผู้ป่วยโดยตรง
- 10.3.11 ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ในการสื่อสารหรืออธิบายความหมาย
- 10.3.12 ก่อนสนทนา หรือสื่อสารควรให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- 10.3.13 การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเกินไป
- 10.3.14 เตรียมอุปกรณ์ รูปภาพต่างๆ ไว้ในขณะที่สื่อสารเพราะถ้าผู้ป่วยมีความลำบากที่จะพูด อาจใช้การชี้ที่รูปภาพแทน
- 10.3.15 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดซ้ำๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้นๆ ชัดถ้อยชัดคำ
- 10.3.16 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาหรือสื่อสาร และสามารถตอบคำถามเบื้องต้นด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่”
- 10.3.17 ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติบ่อยๆ โดยเฉพาะการใช้ภาษาที่พยาบาลไม่คุ้นเคย
- 10.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร (Wernicke's aphasia) ควรปฏิบัติดังนี้
  - 10.4.1 พยาบาลหรือผู้ที่ต้องการจะสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยมองเห็นริมฝีปาก และการแสดงท่าทางของผู้ที่จะสื่อสารชัดเจน
  - 10.4.2 ในการสื่อสารพยายามใช้ท่าทางหรือการแสดงออกทางสีหน้าประกอบการพูด
  - 10.4.3 ใช้เสียงพูดที่เป็นปกติ พูดซ้ำๆ ชัดถ้อยชัดคำและเป็นภาษาที่ใช้ประจำ
  - 10.4.4 ไม่ควรถามคำถามหลายอย่างในเวลาเดียวกัน
  - 10.4.5 หลีกเลี่ยงการสนทนาที่เป็นเรื่องการออกความคิดเห็น โต้แย้ง หรือใช้อารมณ์

## 11. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

- 11.1 ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ ดังนี้
  - 11.1.1 กระตุ้นให้มีการขับถ่ายปัสสาวะ โดยใช้หมอนอน/urenal ทุก 2 ชั่วโมง และค่อยๆขยายเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะออกไป ในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ ปรึกษาแพทย์ในการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ
  - 11.1.2 กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี แต่ไม่ควรดื่มมากก่อนนอน อาจจะใช้การขับถ่ายปัสสาวะช่วงนอนหลับ ทำให้รบกวนแบบแผนการนอน
  - 11.1.3 ประเมินความสมดุล โดยบันทึกจำนวนน้ำเข้า-น้ำออก
  - 11.1.4 หลีกเลี่ยงการคายสว่นปัสสาวะโดยไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือใช้วิธี intermittent catheterization ถ้าผู้ป่วยฝึกปัสสาวะเองได้ผล

11.1.5 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่คาสายสวนปีสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

11.2 ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระดังนี้

11.2.1 กระตุ้นให้ขับถ่ายอุจจาระ โดยให้หมอนอนหลังอาหารเช้า 30 นาทีทุกวัน หรือแล้วแต่กิจวัตรของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำได้ ให้พาเข้าห้องน้ำ

11.2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี และอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยในการขับถ่าย

11.2.3 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

11.2.4 ในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน ให้ยาระบายอ่อนๆ ตามแผนการรักษา



# ภาคผนวกที่ 3

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด)

### กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด

#### 1. การดูแลทางด้านจิตใจ

- 1.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์
- 1.2 อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค และการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบอย่างคร่าวๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา
- 1.3 ให้ความมั่นใจว่า จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล
- 1.4 ให้กำลังใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย
- 1.5 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

#### 2. การเตรียมด้านร่างกาย

- 2.1 ตัดป่ายข้อมือ (ชื่อ สกุล อายุ HN AN หอผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้)
- 2.2 ชั่งน้ำหนัก (กรณีที่สามารถทำได้) และลงบันทึก
- 2.3 ดูเลือดออกฟันปลอม คอนแทคเลนส์ และเครื่องประดับ
- 2.4 ดูแลความสะอาดของร่างกาย และบริเวณที่จะทำการผ่าตัด
- 2.5 บันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท
- 2.6 งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน หรือก่อนผ่าตัด 6 ชั่วโมง ยกเว้นกรณีเร่งด่วน
- 2.7 ให้อาก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา
- 2.8 ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวให้ปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด หรือสวนคาสายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษา
- 2.9 ห้ามสวนอุจจาระ (เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะ IIICP)

#### 3. การเตรียมด้านอุปกรณ์และเอกสาร

- 3.1 ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัดให้ครบถ้วน
- 3.2 เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 3.3 เตรียมฟิล์มพร้อมผลตรวจ X-ray, CT brain MRI (ถ้ามี) ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- 3.4 เตรียมเลือดและมีผลตรวจหาหมู่เลือดที่เข้ากับผู้ป่วยตามแผนการรักษา
- 3.5 เตรียมยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา

#### 4. ประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี

## กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัด

### 1. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)

1.1 จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแล ศีรษะ ลำคอ และสะโพก ไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก

1.2 ห้ามจัดท่านอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ

1.3 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วย หากผิดปกติรายงานแพทย์

1.4 หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณแผลผ่าตัด Craniectomy

1.5 สังเกตอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Cushing reflex) เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ชีพจรช้า ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 20% และความดันชีพจรกว้างขึ้น (pulse pressure ~ 50-60 mmHg) รูปแบบการหายใจผิดปกติ ลักษณะ Cheyne Strokes, hyperventilation เป็นต้น

1.6 ดูแลการไหลของสารคัดหลั่งจากแผล พร้อมลงบันทึก ลักษณะ สี และจำนวน

1.7 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและยา ตามแผนการรักษา

1.8 ลงบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย

1.9 ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความดันสูงในช่องท้องและช่องอก เพราะทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจได้น้อยลง โดยใช้วิธีการดังนี้

- หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ

- หลีกเลี่ยงการใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีแรงดันบวก (PEEP : positive expiratory and pressure) ถ้าเลี่ยงไม่ได้ควรปรับให้แรงดันบวกอยู่ระหว่าง 5-10 cmH<sub>2</sub>O

- กรณีท้องผูก ห้ามเบ่งถ่าย/สวนอุจจาระ (ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน รายงานแพทย์ทราบ)

1.10 ให้อาลดบวมของสมองตามแผนการรักษา

### 2. กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลระบบทางเดินหายใจ

2.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (keep O<sub>2</sub> Sat ≥ 95%) ควรให้ออกซิเจนผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย ขณะให้ออกซิเจนควรตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ สีผิว บริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า เป็นระยะๆ

2.2 สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงลม เข้าปอด หากผิดปกติ และผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้หรือไม่เพียงพอ รายงานแพทย์ทราบ

2.3 จัดท่าผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ และดูดเสมหะตามความจำเป็น

2.4 ดูแลและเฝ้าระวังการสูดสูดสำลักอาหาร และน้ำ

### 3. กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

3.1 ตรวจดูการหายใจของผู้ป่วยและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้สัมพันธ์กัน

3.2 ตรวจดูบริเวณข้อต่อต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้มีการรั่วหรือหลุดจากกัน

3.3 ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และปาก ตามความจำเป็น

3.4 ติดตามค่าความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง (arterial blood gas)

#### 4. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันอุบัติเหตุจากการชัก

4.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการชัก จัดท่านอนให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ห้ามใส่อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ข้อนิ้วไม้กดลิ้น ฯลฯ เข้าปากผู้ป่วยขณะชัก เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้

4.2 เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมใช้งาน

4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา (กรณีที่ให้ยา phenytoin ควรผสมใน 0.9% NSS เท่านั้น และห้ามผสมในสารน้ำที่มีส่วนผสมของ dextrose เพราะจะทำให้ตกตะกอน)

4.4 สังเกตและบันทึก ลักษณะการชัก ระยะเวลา และระดับความรู้สึกตัวในขณะที่เกิดการชัก ให้ออกซิเจน และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

4.5 หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ต้องยกที่ก้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง

#### 5. กิจกรรมการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

5.1 ประเมิน pain score ทุก 4 ชม. ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา

5.2 จัดท่านอนของผู้ป่วยให้อ่อนในท่าที่สุขสบาย ไขหัวเตียงสูง 15-30 องศา

5.3 ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งของสายต่างๆ

5.4 ตรวจสอบไม่ให้ผ้าพันแผลรัดแน่นเกินไป และป้องกันการถูกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด

5.5 ในกรณีที่แพทย์และผู้ป่วยยินยอมอาจจวาง cold pack บริเวณรอบๆ แผลผ่าตัดเพื่อลดการบวม และปวดแผลตามแผนการรักษา

#### 6. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบต่างๆ

6.1 ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล

6.2 วัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

6.3 สังเกตบันทึก ลักษณะ ปริมาณ สี และกลิ่นของสิ่งคัดหลั่งจากแผลและน้ำไขสันหลัง

6.4 ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เกิดการปนเปื้อน ในกรณีที่แผลมีสิ่งคัดหลั่ง ซึมมาก ให้เปลี่ยนผ้าปิดแผลโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ

6.5 ปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ

#### 7. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (electrolyte imbalance)

7.1 ประเมินความตึงตัวของผิวหนัง

7.2 ดูแลให้ได้รับสารอาหารและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

7.3 บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายในแต่ละวัน

7.4 ติดตามผลการตรวจ Electrolyte ทางห้องปฏิบัติการ

#### 8. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ

8.1 ตรวจสอบ Hematocrit ตามแผนการรักษา

8.2 ตรวจสอบแผล พร้อมบันทึกลักษณะ สี และปริมาณของเลือดที่ออก

8.3 ตรวจสอบสัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาท ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

## 9. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะช็อค

- 9.1 สังเกตจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบายและแผลผ่าตัด พร้อมบันทึก
- 9.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วย ถ้ามีอาการเลวลงให้รายงานแพทย์
- 9.3 ตรวจสอบและติดตามผล Hematocrit ตามแผนการรักษา ถ้า <30% รายงานแพทย์
- 9.4 วัดและบันทึกแรงดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CVP) ทุก 1 ชั่วโมง
- 9.5 บันทึกปริมาณสารน้ำและเกลือแร่ที่เข้าและออกจากร่างกาย ตามสภาพของผู้ป่วย
- 9.6 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

## 10. กิจกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติตนได้ตามศักยภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วย

- 10.1 สอนญาติและแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ในเรื่อง
  - การดูแลทำความสะอาดร่างกาย
  - การรับประทานอาหาร
  - การพลิกตะแคงตัว และการจัดท่านอนบนเตียงที่ถูกต้อง
  - ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู
  - การเคลื่อนย้าย ขึ้นลงเตียง เคลื่อนย้ายจากเก้าอี้หรือรถเข็นขึ้นเตียง
- 10.2 ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่
- 10.3 ให้ความช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

## 11. กิจกรรมการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และปัญหาทางเศรษฐกิจ

- 11.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วย/ญาติ
- 11.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและระบายความรู้สึก ให้ความสนใจ ไม่เร่งรีบที่จะรับฟังสิ่งที่รู้สึกกังวล
- 11.3 อธิบายความก้าวหน้าถึงภาวะโรคที่เป็นอยู่ และการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับในการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ
- 11.4 ใช้คำพูดที่ชัดเจน อ่อนโยน ยิ้มแย้ม แจ่มใส แสดงความสนใจ และจริงใจ ต่อผู้ป่วย
- 11.5 อธิบายให้ญาติและผู้มาเยี่ยมงดการพูดคุยในเรื่องที่เพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย
- 11.6 แนะนำแหล่งประโยชน์ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น เช่น นักสังคมสงเคราะห์

# ภาคผนวกที่ 4

## การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

### ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ในเรื่อง
  - สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท (neurological deficit)
  - กิจวัตรประจำวัน
  - สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ (mood and mental status)
  - อาหาร และยา
  - การสื่อสาร (communication)
  - การรับรู้ (perception)
  - การขับถ่าย
  - กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว (ambulation)
  - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ในเรื่อง
  - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค
  - ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
  - สภาพสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย
  - ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม
  - ความเชื่อ ค่านิยม
  - ให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์
3. วางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม โดยใช้ Model M-E-T-H-O-D
4. ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักสังคมสงเคราะห์ นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ฝ่ายเวชกรรมสังคม ศูนย์การดูแลต่อเนืองที่บ้าน และศูนย์สุขภาพชุมชน
5. ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยให้ญาติลงนามยินยอมให้มีการดูแลสุขภาพที่บ้าน
6. การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

### การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 1 (1-2 wks)

1. การประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การประเมินจิตสังคม ประเมินสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ฯลฯ

2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวนสนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่อง การเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ
4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดสุขภาพประจำวัน
5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

### การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 2 (1-2 wks)

1. การประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ฯลฯ

2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวนสนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่อง การเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ
4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดสุขภาพประจำวัน
5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

### การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 3 (3-4 wks)

1. การประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ฯลฯ

2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวนสนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่อง การเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ
4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดสุขภาพประจำวัน
5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

## การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 4 (3-4 wks)

1. การประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ของผู้ใช้ต่างๆ ฯลฯ

2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวนสนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่อง การเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกกลิ้งล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ

4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดสุขภาพประจำวัน

5. ยุติการให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน และส่งต่อไปยังเครือข่ายหรือสถานบริการใกล้บ้าน

# ภาคผนวกที่ 5

## การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (palliative care)

**Palliative care** หมายถึง การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถรักษาให้หาย รวมถึงญาติผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ความเข้าใจในโรคและอาการอันเป็นปัจจุบันของผู้ป่วย การร่วมกันคิด ตัดสินใจในแนวทางการรักษา และการเตรียมตัวของญาติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### สำหรับผู้ป่วย

1. ผู้อยู่ในระยะที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นแบบประคับประคองโดยไม่เร่งรัดหรือไม่ตั้งใจยึดถือชีวิตของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยยังมีภาระค้างอยู่และต้องการให้ช่วยเหลือ
3. การให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังคงรักษาตัวอยู่ จึงมีความจำเป็นที่ต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก

### สำหรับญาติ

1. อธิบายให้เข้าใจถึงภาวะโรคของผู้ป่วย และเตรียมการไว้รองรับเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต
2. จัดพิธีกรรมทางศาสนา
3. การเตรียมบ้าน
4. ภารกิจที่ผู้ป่วยยังค้างค้างอยู่ ซึ่งญาติสามารถทำแทนได้
5. การดูแลสามี/ภรรยา/บุตรหลาน ญาติพี่น้องของผู้ป่วย
6. การแสดงความเศร้าโศกเสียใจ และเตรียมการรองรับเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต
7. ควรระวังในเรื่องที่อาจจะมิให้ผู้ให้ข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยา การผ่าตัด หรืออื่นๆ ที่มีราคาแพง และไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์หรือทางการแพทย์รับรอง
8. การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ

### พยาบาลผู้ทำหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา

- วางแผนการให้คำปรึกษา การร่วมกันดูแลผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่เริ่มแรกจนจบกระบวนการให้บริการ

### พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

- ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติตามแนวทางการรักษา และแนวทางการพยาบาล โดยร่วมเป็นผู้หนึ่งในทีมผู้ดูแล



### กิจกรรมการพยาบาล :

1. วางแผนและให้บริการทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ได้รับคำขอปรึกษา
2. ประเมินภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ
3. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายจนวาระสุดท้ายโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี  
ของความเป็นมนุษย์
4. ยุติการให้บริการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ย้ายสถานพยาบาล หรือปฏิเสธการบริการ

# ภาคผนวกที่ 6

## แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index

1. การรับประทานอาหาร
  - ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
  - มีคนช่วยบางส่วน เช่น ตัดเนื้อ เตรียมอาหารให้ (5)
  - ทำเองได้ (10)
2. การขึ้นลงจากเตียง
  - ลุกจากเตียงไม่ได้ (0)
  - ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน (5)
  - ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเล็กน้อย (10)
  - ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง (15)
3. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม
  - ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
  - ทำเองได้ (5)
4. การเข้าห้องน้ำ
  - ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
  - มีคนช่วยทำให้บางส่วน (5)
  - ทำเองได้ (10)
5. การอาบน้ำ
  - ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
  - ทำเองได้ (5)
6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน
  - นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้ (0)
  - นั่งรถเข็นและไปได้ไกล 50 หลา (5)
  - เดินได้ไกล 50 หลา โดยมีคนช่วยเล็กน้อย (10)
  - เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย (15)
7. การขึ้นบันได
  - ขึ้นบันไดเองไม่ได้ (0)
  - ขึ้นบันไดได้แต่ต้องการคนช่วยเล็กน้อย (5)
  - ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวช่วย (10)
8. การแต่งตัว
  - ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
  - มีคนช่วยบางส่วน (5)
  - ทำเองได้ รวมทั้งติดซิป ติดกระดุม (10)

9. การถ่ายอุจจาระ

- ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย (0)
- อุจจาระเองได้เป็นส่วนใหญ่ต้องการคนช่วยสวนหรือเหน็บยาเป็นบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์ (5)
- ทำเองได้ สวนหรือเหน็บยาเองได้ (10)

10. การปัสสาวะ

- ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวน (0)
- สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน (5)
- ปัสสาวะเองได้ (10)

การแปลผล (คะแนนเต็ม 0-100)

|         |  |
|---------|--|
| 0 – 20  | Very severity disabled.  |
| 25 – 45 | Severity disabled.   |
| 50 – 70 | Moderately disabled.   |
| 75 – 90 | Mildly disabled.   |
| 100     | Physically Independent but not necessary normal or social independent. |

## บรรณานุกรม

1. กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. 2543:10-25.
2. จินตนา เพ็ญจันทร์. *การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
3. เจียมจิต แสงสุวรรณ. *โรคหลอดเลือดสมอง-การวินิจฉัยทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท. ขอนแก่น, 2541:184-186
4. นภาพร เฉลิมพรพงศ์. *ผลของการดื่มน้ำตอนเช้าเพื่อกระตุ้นการขับถ่ายในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีภาวะท้องผูก*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
5. ทิพาพร ตั้งอำนาจ. *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่, 2541.
6. ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพชร. *ผลงานการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แผน ข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
7. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมนัยพงศ์. *การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539:341
8. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน*, 2544:5-10.
9. Smith, J; Forster, A; & Young, J. A randomized trail to evaluate an education program for patients and cares after stroke. *Clin Rehabilitation*. 2004, 18:726-36.
10. Josephine, T. et al. Costs and caregiver consequences of early supported discharge for stroke patients. *Stroke*. 2003, 34(2):528-36.

11. Hickey, J.V., & Hock, N.H. Stroke and other cerebrovascular diseases. In Hickey, J.V. (editor). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins., 2003:559-587
12. Heuvel, E.T.P., de Witte, LP., Schure, LM., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clin Rehabilitation*. 2001;15(6):669-77
13. Rodd, A.G., Wolfe, C.D., Tilling, K., & Beech, R. Randomized controlled trail to evaluate early discharge scheme for patients with stroke. *BMJ*. 1997, Oct 25; 315(7115):1039-44.
14. [www.health.uab.edu](http://www.health.uab.edu). Risk Factors For Stroke October 19, 2005.
15. <http://www.americanheart.org> Stroke Risk Factors August 2, 2007.
16. Suarez.J.I. (editor). *Critical Care Neurology and Neurosurgery*. Ottawa. NJ: Humana Press, 2004.
17. Lui, M.H., Ross. F.M., & Thompson, D.R. Supporting family caregiver in stroke care: a review of the evidence for problem solving. *Stroke*. 2005, 36(11): 2514-22.Epub 2005 Oct 6.
18. Dennis, C.L. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*. 2002 Aug;33(8):2060-5.
19. Mayo, N.E., et al. There' s no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*. 2000, 31(5): 1016-23.
20. Kalra, L., et al. Training cares of stroke patients :randomized controlled trial. *BMJ*. 2004 May 8; 328(7448):1099.
21. Wijdicks, F.F.M. Ropper,A.H., Hunnicut, E.J. Richardson, G.S.& Nathanson, J.A. Atrial natriuretic factor and salt wasting after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke*. 1991, 22:1519-1524.

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุม  
การปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
สำหรับพยาบาลทั่วไป

ณ ห้องกิ่งทอง โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ วันที่ 23 - 24 กรกฎาคม 2550

|     |                                |   |               |
|-----|--------------------------------|---|---------------|
| 1.  | น.ส.พรทิพย์ สีสานันตกุล        | ร.พ.กระบี่  | กระบี่        |
| 2.  | น.ส.พรทิพย์ ปิงมา              | ร.พ.บางปะกอก 3  | กรุงเทพมหานคร |
| 3.  | เรืออากาศเอกหญิงจิรวรรณ อินคัม | คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร | กรุงเทพมหานคร |
| 4.  | คุณนันทกา จันทร์ตัน            | ร.พ.กรุงเทพ   | กรุงเทพมหานคร |
| 5.  | น.ส.นุชจรี ศรีทองคำ            | ร.พ.กล้วยน้ำไท 1  | กรุงเทพมหานคร |
| 6.  | น.ส.พรนิภา เอื้อเบญจพล         | ร.พ.จุฬาลงกรณ์  | กรุงเทพมหานคร |
| 7.  | คุณจันทร์หา เหลืองอร่าม        | ร.พ.เซ็นทรัลเอนเนอร์รี่                                 | กรุงเทพมหานคร |
| 8.  | น.ส.ศรัณยา แสงมณี              | ร.พ.ตากสิน  | กรุงเทพมหานคร |
| 9.  | น.ส.วันทนี เตชะสุวรรณ          | ร.พ.บางมด   | กรุงเทพมหานคร |
| 10. | นางฉัฐติกา จงตระกูล            | ร.พ.พระราม 2  | กรุงเทพมหานคร |
| 11. | คุณวารุณี อิสลาม               | ร.พ.เพชรเวช   | กรุงเทพมหานคร |
| 12. | นางเนาวรัตน์ พงษ์ราชิตยกุล     | ร.พ.แพทย์ปัญญา  | กรุงเทพมหานคร |
| 13. | น.ส.สุภาวดี อรรถพันธ์          | ร.พ.มงกุฎวัฒนะ  | กรุงเทพมหานคร |
| 14. | นางอารยกร ปรำนาค               | ร.พ.เลิดสิน   | กรุงเทพมหานคร |
| 15. | น.ส.ศิวาพร ศรีสุข              | ร.พ.วิชัยยุทธ   | กรุงเทพมหานคร |
| 16. | น.ส.พิกุล วรรณวงษ์             | ร.พ.วิภาราม   | กรุงเทพมหานคร |
| 17. | เรือเอกหญิง ชลภูมิ นุชเลี้ยง   | ร.พ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า                                  | กรุงเทพมหานคร |
| 18. | น.ส.ประนอม กระจายศรี           | ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ                     | กรุงเทพมหานคร |
| 19. | นางฉันทพร สุขประเสริฐ          | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา                    | กรุงเทพมหานคร |
| 20. | นางสมใจ กสิวิทย์               | วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร<br>และวชิรพยาบาล        | กรุงเทพมหานคร |
| 21. | นางประยูร ชื่นรัตนา            | ร.พ.ศิริราช   | กรุงเทพมหานคร |
| 22. | ร.อ.หญิงทัศนีย์ เตือนจันทร์ฉาย | ร.พ.พระมงกุฎเกล้า                                       | กรุงเทพมหานคร |
| 23. | นางพิมล พิณิจลาภประเสริฐ       | สถาบันประสาทวิทยา                                       | กรุงเทพมหานคร |
| 24. | น.ส.จิราภรณ์ วาสนาสุริยพงศ์    | สถาบันประสาทวิทยา                                       | กรุงเทพมหานคร |

|                                  |                                      |               |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| 25. น.ส.จินดารัตน์ โรมมา         | สถาบันประสาทวิทยา                    | กรุงเทพมหานคร |
| 26. นางเตือนใจ สีนอำไพสิทธิ์     | สถาบันประสาทวิทยา                    | กรุงเทพมหานคร |
| 27. น.ส.บุศรินทร์ รัตนาสีทธิ์    | สถาบันประสาทวิทยา                    | กรุงเทพมหานคร |
| 28. นางสุนันท์ บันเทิง           | ร.พ.เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน             | กาญจนบุรี     |
| 29. นางชัชฎา เย็นบำรุง           | ร.พ.ด่านมะขามเตี้ย                   | กาญจนบุรี     |
| 30. นางวานิสลา บุญเลิศ           | ร.พ.มะการักษ์                        | กาญจนบุรี     |
| 31. นางจรรยารัตน์ บุญโพธิ์       | ร.พ.ท่าคันโท                         | กาฬสินธุ์     |
| 32. นางณัฐกานต์ ศรีมูล           | ร.พ.ร่องคำ                           | กาฬสินธุ์     |
| 33. น.ส.นิตยา ตะตียะ             | ร.พ.กำแพงเพชร                        | กำแพงเพชร     |
| 34. นางพจนีย์ พิมพ์พัฒนพงษ์      | ร.พ.คลองลาน                          | กำแพงเพชร     |
| 35. นางเพลินตา ศิริปการ          | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น   | ขอนแก่น       |
| 36. นางไพรวลัย พรหมที            | ร.พ.ขอนแก่น                          | ขอนแก่น       |
| 37. นางบุญเรือง ร่วมแก้ว         | ร.พ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์         | ขอนแก่น       |
| 38. นางวิไลลักษณ์ เจริญยิ่งไพศาล | ร.พ.ชุมแพ                            | ขอนแก่น       |
| 39. นายจิตรกร วิเศษปัสสา         | ร.พ.น้ำพอง                           | ขอนแก่น       |
| 40. น.ส.พวงชมพู ธนะภูมิชัย       | ร.พ.ภูเวียง                          | ขอนแก่น       |
| 41. น.ส.จันทร์ศิริ ทมโยธา        | ร.พ.หนองสองห้อง                      | ขอนแก่น       |
| 42. นายนิวัฒน์ แพร์ศิริพุดพิงศ์  | ร.พ.พระปกเกล้า                       | จันทบุรี      |
| 43. นางเมตตา ถนอมสิน             | ร.พ.แหลมสิงห์                        | จันทบุรี      |
| 44. น.ส.ชุลีพร สังข์นคร          | ร.พ.เมืองฉะเชิงเทรา                  | ฉะเชิงเทรา    |
| 45. น.ส.เขาวลี ฐิตะโสภณ          | ร.พ.ชลบุรี                           | ชลบุรี        |
| 46. นางยุวดี ต้นตระกูล           | ร.พ.ชัยนาท                           | ชัยนาท        |
| 47. นางอรนุช อนันเต่า            | ร.พ.บ้านแพน                          | ชัยภูมิ       |
| 48. น.ส.อัจฉรา ไทรทอง            | ร.พ.วิรัชศิลป์                       | ชุมพร         |
| 49. นางวารารณณ์ แยมมีศรี         | ร.พ.เขียงรายประชานุเคราะห์           | เขียงราย      |
| 50. นางทศพร คำผลศิริ             | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | เชียงใหม่     |
| 51. นางสุภัจฉรี กันธิยะ          | ร.พ.นครพิงค์                         | เชียงใหม่     |
| 52. น.ส.สุปราณี สมบูรณ์          | ร.พ.สวนปรุง                          | เชียงใหม่     |
| 53. น.ส.สุพรรณรัตน์ ชีไฮ้        | ร.พ.ตรัง                             | ตรัง          |
| 54. น.ส.สุวลักษณ์ ภูอาษา         | ร.พ.ตราด                             | ตราด          |
| 55. นางสุนิสา ใจสุภาพ(แสงจันทร์) | ร.พ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช        | ตาก           |
| 56. น.ส.สายรุ้ง ดีนก             | ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ           | นครนายก       |
| 57. น.ส.นรีรัตน์ อยู่พวง         | ร.พ.นครปฐม                           | นครปฐม        |
| 58. นางอรชร วะชุม                | ร.พ.นาหว้า                           | นครพนม        |
| 59. นางวิไลพร หารรษา             | ร.พ.บ้านแพง                          | นครพนม        |

|                                |   |                 |
|--------------------------------|---|-----------------|
| 60. น.ส.โสภภาพรรณ อินนอก       | ร.พ.ชุมพวง                                  | นครราชสีมา      |
| 61. น.ส.ประเทือง ชีรพัฒน์พงศ์  | ร.พ.ด่านขุนทด                               | นครราชสีมา      |
| 62. นางรุ่งนภา พัทธนี          | ร.พ.ปากช่องนานา                             | นครราชสีมา      |
| 63. นางปรินดา สามงาม           | ร.พ.มหาธาตุนครราชสีมา                       | นครราชสีมา      |
| 64. น.ส.ชัชฎาพร เพ็ญรัตน์      | ร.พ.วังน้ำเขียว                             | นครราชสีมา      |
| 65. นางจันทิรา ทองใส           | ร.พ.ทุ่งสง                                  | นครศรีธรรมราช   |
| 66. นางจารึก ธาณรัตน์          | ร.พ.มหาธาตุนครศรีธรรมราช                    | นครศรีธรรมราช   |
| 67. นางสุจิตพร เทียนชัยทัศน์   | ร.พ.ตากลิ                                   | นครสวรรค์       |
| 68. นางอลิษา พันธมิตร          | ร.พ.บรรพตพิสัย                              | นครสวรรค์       |
| 69. นางทัศนีย์ ชูยอด           | ร.พ.หนองบัว                                 | นครสวรรค์       |
| 70. นางจิฬารณ สีสั่น           | โรงพยาบาลตากฟ้า                             | นครสวรรค์       |
| 71. น.ส.ชัยตน สระบัว           | ร.พ.ตากใบ                                   | นราธิวาส        |
| 72. นางยุวดี เบญจธาดา          | ร.พ.นราธิวาสราชนครินทร์                     | นราธิวาส        |
| 73. น.ส.อรุวรรณ ชำนาญช่าง      | ร.พ.น่าน                                    | น่าน            |
| 74. นางเดือน พันยา             | ร.พ.บุรีรัมย์                               | บุรีรัมย์       |
| 75. น.ส.กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ | ร.พ.ปะคำ                                    | บุรีรัมย์       |
| 76. น.ส.ชนิดา ชิวประ โคน       | ร.พ.พลับพลาชัย                              | บุรีรัมย์       |
| 77. นางศิริอร กฤตเมธากร        | ร.พ.ลำปลายมาศ                               | บุรีรัมย์       |
| 78. น.ส.ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร | คณะพยาบาลศาสตร์<br>ม.ธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต | ปทุมธานี        |
| 79. นางโชติรส คงหอม            | ร.พ.คลองหลวง                                | ปทุมธานี        |
| 80. นางศรีสุดา คูสกุล          | ร.พ.ประจักษ์ศิลปาคม                         | ปทุมธานี        |
| 81. นางสุนันท์ ฐิตะฐาน         | ร.พ.สามร้อยยอด                              | ประจวบคีรีขันธ์ |
| 82. นางพนิดา ไชยนาม            | ร.พ.กบินทร์บุรี                             | ปราจีนบุรี      |
| 83. น.ส.สุภาภรณ์ สิงสุวรรณ     | ร.พ.กะพ้อ                                   | ปัตตานี         |
| 84. นางอรลักษณ์ คงพูล          | ร.พ.แม่ลาน                                  | ปัตตานี         |
| 85. น.ส.จรินทร์ทิพย์ เทียมที   | ร.พ.ศุภมิตรเสนา                             | พระนครศรีอยุธยา |
| 86. นางเมธาวิ วิโนทัย          | ร.พ.ตะกั่วป่า                               | พังงา           |
| 87. น.ส.พรรณนิภา ไชยดก         | ร.พ.ศรีสัชชนาลัย                            | พิษณุโลก        |
| 88. น.ส.วิลาวัลย์ กลัดแก้ว     | ร.พ.สมเด็จพระยุพราชตะพานหิน                 | พิษณุโลก        |
| 89. น.ส.ขวัญหล้า แสงสุข        | ร.พ.มหาวิทยาลัยนเรศวร                       | พิษณุโลก        |
| 90. น.ส.สมทรง สีที             | ร.พ.วังโป่ง                                 | เพชรบูรณ์       |
| 91. นางจรรยา สุทธิพงศ์ปรีดา    | ร.พ.แพร่                                    | แพร่            |
| 92. น.ส.จารุภา นาเสถียร        | ร.พ.โกสุมพิสัย                              | มหาสารคาม       |
| 93. นางสุภาพร แสนจันศรี        | ร.พ.บรบือ                                   | มหาสารคาม       |



|                                   |   |             |
|-----------------------------------|---|-------------|
| 94. นางวิไล ภาภูตานนท์            | ร.พ.มหาสารคาม                               | มหาสารคาม   |
| 95. น.ส.ขวัญอัมพร เซาว์เลขา       | ร.พ.ศรีสังวาลย์                             | แม่ฮ่องสอน  |
| 96. นางอำพร โยธานันท์             | ร.พ.ยโสธร                                   | ยโสธร       |
| 97. น.ส.อังสนา ชินประกายรัตน์     | ร.พ.เบตง                                    | ยะลา        |
| 98. นางรอมล๊ะห์ อาลีมะสะ          | ร.พ.ยะลา                                    | ยะลา        |
| 99. น.ส.จุฬาลักษณ์ มั่นเหมาะ      | ร.พ.พะเยา                                   | พะเยา       |
| 100. น.ส.พัฒนา ใจธิมา             | ร.พ.พะเยาราม                                | พะเยา       |
| 101. นางทิพวรรณ นามธารี           | ร.พ.เกษตรวิสัย                              | ร้อยเอ็ด    |
| 102. นางรุ่งรศมี เหมวัฒน์         | ร.พ.จตุรพักตรพิมาน                          | ร้อยเอ็ด    |
| 103. น.ส.เนาวรัตน์ ชันธีราช       | ร.พ.ร้อยเอ็ด                                | ร้อยเอ็ด    |
| 104. นางนิมมวล ชูยิ่งสกุลทิพย์    | ร.พ.ระยอง                                   | ระยอง       |
| 105. นางสาวใจ สัมพันธ์แพ          | ร.พ.บ้านโป่ง                                | ราชบุรี     |
| 106. นางสุพัตรา ชัยรุ่งโรจน์ปัญญา | ร.พ.ปากท่อ                                  | ราชบุรี     |
| 107. น.ส.ปัทมา มิตรธรรมศิริ       | ร.พ.โพธาราม                                 | ราชบุรี     |
| 108. น.ส.บุญมี แพรุ่งสกุล         | ร.พ.ราชบุรี                                 | ราชบุรี     |
| 109. นางระพีพรรณ โพธิ์ทอง         | ร.พ.เกาะคา                                  | ลำปาง       |
| 110. นางวัชรภรณ์ เซษฐบุรี         | ร.พ.ลำพูน                                   | ลำพูน       |
| 111. นางนริศรา เสนสุภา            | ร.พ.ลี้                                     | ลำพูน       |
| 112. นางโสภาวรรณ แจ่มสว่าง        | ร.พ.ปรังค์กู่                               | ศรีสะเกษ    |
| 113. นางอัมพร จัทรสาขา            | ร.พ.ศรีสะเกษ                                | ศรีสะเกษ    |
| 114. นางอันธิกา ไพค่านาม          | ร.พ.กุดบาก                                  | สกลนคร      |
| 115. รศ.สุนุดตรา ตระบุญพงศ์       | คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | สงขลา       |
| 116. นางสุชาดา แพทย์พงศ์          | ร.พ.ควนเนียง                                | สงขลา       |
| 117. น.ส.นันทพร ศรีนิ่ม           | ร.พ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์                  | สงขลา       |
| 118. นางเบญญา สังข์ศิลป์ชัย       | ร.พ.ระโนด                                   | สงขลา       |
| 119. น.ส.อุมา จันทวิเศษ           | ร.พ.สงขลานครินทร์                           | สงขลา       |
| 120. นางกรรณิกา อังกูร            | ร.พ.หาดใหญ่                                 | สงขลา       |
| 121. น.ส.อรอุมา มากจังหวัด        | ร.พ.สตูล                                    | สตูล        |
| 122. คุณจารุวรรณ สงวนทรัพย์       | ร.พ.กรุงเทพพระประแดง                        | สมุทรปราการ |
| 123. นางอรุณรัตน์ มีสัมฤทธิ์      | ร.พ.บางจาก                                  | สมุทรปราการ |
| 124. น.ส.แหวนพลอย มูลวัน          | ร.พ.เมืองสมุทรปู้เจ้าฯ                      | สมุทรปราการ |
| 125. นายประสิทธิ์ เทวกระโทก       | ร.พ.รวมชัยประชารักษ์                        | สมุทรปราการ |
| 126. น.ส.ขวัญเรือน แพรุ่งสกุล     | ร.พ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า                   | สมุทรสาคร   |
| 127. นางจิราภรณ์ ไชยชนะ           | ร.พ.เกษมราษฎร์ สระบุรี                      | สระบุรี     |

|                                    |                            |              |
|------------------------------------|----------------------------|--------------|
| 128. น.ส.ธัญญารักษ์ ศิลป์เมือง     | ร.พ.แก่งกระจาน             | สระบุรี      |
| 129. น.ส.สุกัญญา นำประเสริฐชัย     | ร.พ.พระพุทธบาท             | สระบุรี      |
| 130. นางวิไลวรรณ แสงธรรม           | ร.พ.สระบุรี                | สระบุรี      |
| 131. นางพิมพ์นภา แซ่โซว            | ร.พ.เสาไห้                 | สระบุรี      |
| 132. นางวันเพ็ญ บัวเทศ             | ร.พ.หนองโดน                | สระบุรี      |
| 133. น.ส.บุญเรือน คงคา             | ร.พ.สวรรคโลก               | สุโขทัย      |
| 134. น.ส.ธนิสสรา ศักดิ์เดชานนท์    | ร.พ.สุโขทัย                | สุโขทัย      |
| 135. คุณนงคันธ์ บุญยมนี่           | โรงพยาบาลกบไกรลาส          | สุโขทัย      |
| 136. น.ส.อัจฉรา รัตน์วงศ์          | ร.พ.กาญจนดิษฐ์             | สุราษฎร์ธานี |
| 137. นางสุนทรี เกษบุรี             | ร.พ.เกาะสมุย               | สุราษฎร์ธานี |
| 138. น.ส.เตือนใจ ภัคดีพรหม         | ร.พ.ศูนย์สุราษฎร์ธานี      | สุราษฎร์ธานี |
| 139. นางวันเพ็ญ วงศ์ฉลาด           | ร.พ.บัวเขต                 | สุรินทร์     |
| 140. น.ส.ทชุกช ราชครุฑ             | ร.พ.หนองคาย                | หนองคาย      |
| 141. น.ส.วันดี เล่าวิเศษพิพัฒน์กุล | ร.พ.หนองบัวลำภู            | หนองบัวลำภู  |
| 142. น.ส.เมธินี ต้นสุวรรณ          | ร.พ.ไชโย                   | อ่างทอง      |
| 143. น.ส.กานดา นาควารี             | ร.พ.ป่าโมก                 | อ่างทอง      |
| 144. น.ส.สมปอง สัจจาสุวรรณ         | ร.พ.โพธิ์ทอง               | อ่างทอง      |
| 145. นางอัจฉรา มณีกันต์            | ร.พ.ชานุมาน                | อำนาจเจริญ   |
| 146. นายดำรงค์เดช สิ้นภัย          | ร.พ.พนา                    | อำนาจเจริญ   |
| 147. นางจรรยาธิษัตรี ศรีแก้ว       | ร.พ.ภูสิงห์                | อำนาจเจริญ   |
| 148. นายทิพผดุง โสภาลุน            | ร.พ.หัวตะพาน               | อำนาจเจริญ   |
| 149. นางอรทัย ทนทาน                | ร.พ.อำนาจเจริญ             | อำนาจเจริญ   |
| 150. น.ส.นุชนาฏ ไชยมนตรี           | ร.พ.นาเยีย                 | อุดรธานี     |
| 151. น.ส.ละมัย ธาณีวรรณ            | ร.พ.โนนสะอาด               | อุดรธานี     |
| 152. นางเอมอร ปินะกะโพ             | ร.พ.สมเด็จพระยุพราชบ้านดุง | อุดรธานี     |
| 153. น.ส.บุญฐิตา ยิ่งยอด           | ร.พ.หนองวัวซอ              | อุดรธานี     |
| 154. นางยุพาพร หัตถโชติ            | ร.พ.อุดรธานี               | อุดรธานี     |
| 155. นางเรณู พุ่มทอง               | ร.พ.ทัพทัน                 | อุทัยธานี    |
| 156. นางอนิตสรา แก้วสา             | ร.พ.ลานสัก                 | อุทัยธานี    |
| 157. นางสุภัทรา สิงห์สุรศักดิ์     | ร.พ.อุทัยธานี              | อุทัยธานี    |
| 158. น.ส.เตือนใจ บุญเทียม          | ร.พ.เขื่องใน               | อุบลราชธานี  |
| 159. นางจตุพร พันธการ              | ร.พ.ตระการพืชผล            | อุบลราชธานี  |
| 160. น.ส.มณฑยา พิมพ์พันธ์          | ร.พ.บุญชริก                | อุบลราชธานี  |
| 161. น.ส.วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล   | ร.พ.วารินชำราบ             | อุบลราชธานี  |
| 162. นางอรรวรรณ นิมนอุสรณ์กุล      | ร.พ.สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม | อุบลราชธานี  |







สำหรับพยาบาลทั่วไป

**แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป**  
**Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke**