

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลแก่งหางแมว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวเพ็ญนภา รัตนวิจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแก่งหางแมว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวเพ็ญนภา รัตนวิจิตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแก่งหางแมว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๒๙๙๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแก่งหางแมว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๒๙๙๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน เรื่อง แนวทางการเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ - ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือที่ชาวไทยเรียก "อัมพฤกษ์อัมพาต"เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขไทย และของสาธารณสุขทั่วโลก ischemic Stroke เป็นชนิดย่อยของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองอุดตัน ทำให้สมองได้รับเลือดและออกซิเจนลดลง ตามมาด้วยเซลล์สมองถูกทำลายหรือเซลล์สมองตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกชาหรืออ่อนแรงที่บริเวณด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เห็นภาพซ้อน และสมองอาจถูกทำลายถาวรหากการไหลเวียนของเลือดไม่กลับมาเป็นปกติโดยเร็ว โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ Ischemic Stroke เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน และ Hemorrhagic Stroke เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง โดย Ischemic Stroke เป็นประเภทที่พบได้มากถึงร้อยละ ๘๗ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พรพจน์ ประภาอนันตชัย และ สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๓)

พยาธิสรีรวิทยา

หลอดเลือดสมองมีหน้าที่ในการนำเลือดจากหัวใจมาเลี้ยงสมอง โดยสมองต้องใช้เลือดปริมาณ ๑๕% ของเลือดทั้งหมดในร่างกาย เพื่อใช้ในการหล่อเลี้ยงสมอง ซึ่งจะแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มเส้นเลือด คือ Carotid artery และ Vertebral artery ซึ่งจะแตกแขนงย่อยออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของสมอง ดังนี้

๑) Internal carotid artery (ICA) : เป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่ ทอดยาวมาจากคอ ขึ้นสู่โพรงสมอง สาเหตุการขาดเลือด มักเกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แต่จะไม่มีอาการแสดงใดๆ หากการไหลเวียนเลือดดี แต่ถ้ามีการอุดตันแบบสมบูรณ์ (complete occlusion) จะทำให้เนื้อสมอง ตายเป็นวงกว้าง เพราะจะมีผลต่อเส้นเลือด MCA และ ACA ด้วย และ อาการแสดงจะเปลี่ยนไป ขึ้นกับเส้นเลือดที่มีการอุดตัน

๒) Middle cerebral artery (MCA) : จะไปเลี้ยงที่ด้านนอก ของซีกสมองใหญ่ (cerebral) สมองใหญ่ส่วนหน้า (Frontal lobe) รวมทั้งสมองใหญ่ส่วนข้าง (Parietal lobe)เป็นเส้นเลือดที่เกิดการแตก ตีบ หรือตันบ่อยที่สุด อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหา ผู้ป่วยจะสูญเสียการรับความรู้สึก กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง กล้ามเนื้อแขนอ่อนแรงมากกว่าขา มีปัญหาด้านการสื่อสาร(Aphasia)ด้านการการพูด (Apraxia) การมองเห็นภาพครึ่งซีก (Homonymous hemianopia)

๓) Anterior cerebral artery (ACA) : จะไปเลี้ยงที่บริเวณด้านบนของสมองใหญ่ส่วนหน้า (frontal lobe) และ สมองใหญ่ส่วนขมับ (Temporal lobe) อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหา ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงมากกว่าแขน สูญเสียการรับความรู้สึก(cortical sensory loss)ปัญหาด้านการสื่อสาร (Aphasia) ด้านการการพูด (Apraxia) ด้านความทรงจำ , ด้านพฤติกรรม มีปัญหาด้านการกลั้นปัสสาวะ

๔) Posterior cerebral artery (PCA) : จะไปเลี้ยงที่บริเวณสมองใหญ่ส่วนท้ายทอย (occipital lobe) บางส่วนของสมองใหญ่ส่วนขมับ(Temporal lobe),ทาลามัส (Thalamus)และส่วนบนของก้านสมอง (Brain stem) อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหาผู้ป่วยจะสูญเสียการรับความรู้สึก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มีภาวะรับความรู้สึกไวเกินหรือปวด(thalamic sensory syndrome) คือผู้ป่วยจะรู้สึกปวดหรือแสบร้อนที่ผิวหนังและส่วนลึกของร่างกาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้น การมองเห็นภาพครึ่งซีก (Homonymous hemianopia) ภาวะเสียการระลึกรู้ทางตา (visual agnosia) อาการตาบอดจากความผิดปกติของสมอง (cortical blindness)

๕) Vertebrobasilar artery: จะไปเลี้ยงที่บริเวณก้านสมอง (Brain stem) และสมองน้อย (Cerebellum) อาการแสดงที่มีปัญหาบริเวณเส้นประสาทสมอง(Cranial nerves) ได้แก่ การเห็นภาพซ้อน(diplopia), การกลืนลำบาก (dysphagia), การพูดไม่ชัด(dysarthria) ความบกพร่องในการได้ยิน (deafness) และอาการเวียนศีรษะ(vertigo) อาการเดินเซ(ataxia) การเสียสมดุลการทรงตัว(Equilibrium disturbances) ปวดศีรษะ (Headaches)
(ประทุม สร้อยวงค์, ๒๕๖๔)

สาเหตุ

Ischemic Stroke เกิดขึ้นจากหลอดเลือดแดงที่ลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองเกิดการอุดตันจากลิ่มเลือดหรือตะกรันไขมันที่เรียกว่าพลัค (Plaque) เมื่อเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ จึงทำให้เซลล์สมองและเนื้อเยื่อเริ่มตายจากการขาดออกซิเจนและสารอาหาร โดย Ischemic Stroke สามารถแบ่งออกได้เป็นสองประเภท ได้แก่

๑) โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke)
โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดเป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่

๑.๑) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ(Thrombotic Stroke)
โรคหลอดเลือดสมองประเภทนี้มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมอง มักพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเกิดจากคราบพลัคไปเกาะสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือดสมองจนตีบตัน และขัดขวางการไหลเวียนของเลือด และภาวะอื่นๆเช่นไขมันในเลือดสูงความดันโลหิตสูง เบาหวาน

๑.๒) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke)
โรคหลอดเลือดสมองประเภทนี้เกิดจากลิ่มเลือดที่ก่อตัวในเส้นเลือดบริเวณอื่นของร่างกาย แล้วไปอุดตัน โรคหลอดเลือดสมองประเภทนี้เกิดจากลิ่มเลือดที่ก่อตัวในเส้นเลือดบริเวณอื่นของร่างกาย แล้วไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง จนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ มักเป็นผลจากการผ่าตัดหัวใจ หรือพบในผู้มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)

๒) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke)
โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง หรือที่รู้จักอีกชื่อหนึ่งว่าภาวะเส้นเลือดในสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง แม้จะเกิดขึ้นได้น้อยกว่าชนิดแรกแต่มีความรุนแรงเช่นกัน โดยแบ่งได้อีก ๒ ชนิดย่อยคือ

๒.๑) เลือดคั่งในสมอง (Intracerebral Hemorrhage)
การมีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือเลือดคั่งในสมอง เกิดจากหลอดเลือดฝอยในสมองแตกออก มักเกิดจากความดันโลหิตสูง ภาวะนี้มักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่มีอาการนำมาก่อน บางครั้งอาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒.๒) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid Hemorrhage)

การมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางมักเกิดจากเส้นเลือดในสมองโป่งพอง (Aneurysm) การได้รับบาดเจ็บที่กระทบกระเทือนสมองและโรคหลอดเลือดสมองเอวีเอ็ม ทั้งนี้ ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทั้ง ๒ ประเภทจะเพิ่มสูงขึ้นหากมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น

- ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี จะเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนในวัยอื่นๆ
- ผู้ที่มีญาติพี่น้องใกล้ชิดป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้น
- ผู้ที่เคยมีอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วขณะ และหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีภาวะหลอดเลือดอุดตันมาก่อนแล้ว

(พบแพทย์, ๒๕๖๕)

ลักษณะทางคลินิก

<u>การวินิจฉัยโรค</u>

การประเมินเบื้องต้น การประเมินเบื้องต้น

๑) F (Face) ใบหน้า
- ให้ผู้ป่วยพยายามยิ้ม แล้วสังเกตว่ามีอาการปากเบี้ยวหรือไม่

๒) A (Arm) แขน
- ให้ผู้ป่วยพยายามยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง-เหนือศีรษะ แล้วสังเกตว่าแขนข้างใดข้างหนึ่งตกไม่มีแรงต่างจากอีกข้างหนึ่งชัดเจน

๓) S (Speech) คำพูด
- ถามคำถามง่าย ๆ ที่ผู้ป่วยน่าจะตอบได้ ฟังเสียงผู้ป่วยและความหมายในการ แล้วลองสังเกตว่าเสียงผู้ป่วยพูดไม่ชัดหรือไม่

๔) T (Time) ระยะเวลา

ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้

๑) การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท

๒) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การตรวจเลือดต่างๆ

๓) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่

<u>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</u> (วันดี โตสุขศรี, ๒๕๖๑)

๑) การตรวจเลือด

๒) การตรวจ CT scan

๓) การตรวจ MRI

๔) การตรวจหลอดเลือดแดงที่คอด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Carotid doppler ultrasound)

๕) การฉีดสีเข้าหลอดเลือดสมอง (Cerebral angiogram)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การรักษา

ในระยะแรกที่เกิดอาการเส้นเลือดในสมองตีบ แพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วย หากมีข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) และไม่มีข้อห้าม แพทย์จะให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และตรวจหลอดเลือดสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT brain) ในกรณีที่มีหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่อุดตัน แพทย์จะรักษาโดยการใช้สายสวนเข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบและขึ้นไปที่สมอง (endovascular procedure)เพื่อนำเอาลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดออกมา (Mechanical thrombectomy)

การใช้ยาเพื่อการรักษา

แพทย์จะทำการสั่งยาเหล่านี้เพื่อช่วยลดโอกาสการกำเริบของโรคหลอดเลือดสมอง

๑) ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)

๒) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant)

๓) ยาลดไขมัน (Statin)

๔) ยาลดความดันโลหิต

๕) ยารักษาโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อน

๑) อัมพาต

ผู้ป่วยอาจจะเกิดอัมพาตส่วนใดส่วนหนึ่งบนร่างกาย หรือไม่สามารถขยับกล้ามเนื้อบนใบหน้า อาการอาจจะเกิดขึ้นบริเวณด้านใดด้านหนึ่งของใบหน้าหรือแขน

๒) ปัญหาการพูดหรือการกลืน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองคือผู้ป่วยจะมีปัญหาในการพูด การกลืน หรือการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยจะพบปัญหาด้านภาษาอย่างเช่นการพูดคุย การพยายามทำความเข้าใจคำพูดของคนอื่น การอ่านและการเขียนหนังสือ

๓) สูญเสียความทรงจำ หรือปัญหาเกี่ยวกับสมอง

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดอาการสูญเสียความทรงจำ ผู้ป่วยบางคนอาจจะพบปัญหาเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ หรือการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ

๔) อารมณ์แปรปรวน

ผู้ป่วยจะพบปัญหาในการบริหารอารมณ์ และมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

๕) เจ็บปวดหรือชาบริเวณร่างกาย

ผู้ป่วยจะรู้สึกปวด หรือชาบนร่างกาย โดยเฉพาะส่วนที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ยกตัวอย่างเช่นหากโรคส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกในแขนด้านซ้าย ผู้ป่วนจะเริ่มรู้สึกเจ็บแปล๊บแขนด้านดังกล่าว โรคอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มมีการปลีกแยกจากสังคม และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการดูแลตัวเองและทำกิจวัตรประจำวัน

๖) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและเกิดการทอดทิ้งตัวเอง (Self-neglect)

(สมบัติ มุ่งทวีพงษา. ๒๕๖๖)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การป้องกัน

๑) ปรับระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ
๒) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคลอเรสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง
๓) เลิกสูบบุหรี่
๔) ควบคุมอาการของโรคเบาหวาน
๕) ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
๖) รับประทานผลไม้และผักให้มากยิ่งขึ้น
๗) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
๘) ลดการดื่มสุรา
๙) เข้ารับการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับ
๑๐) หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

โปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย

หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบวิกฤติในแผนกหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและเฝ้าระวังเป็นระยะเวลา อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง โปรแกรมหลังการรักษาจะมุ่งไปที่การฟื้นฟูร่างกาย เพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับบริเวณเนื้อเยื่อสมองที่เสียหาย หากสมองส่วนขวาได้รับผลกระทบ จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและความรู้สึกกับร่างกายฝั่งซ้าย และเช่นเดียวกันหากสมองส่วนซ้ายได้รับผลกระทบ จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและความรู้สึกกับร่างกายฝั่งขวา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการพูดและความเข้าใจ แพทย์จะทำการแนะนำโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับอายุภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงระดับความพิการที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อที่ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ปราณี ทู้ไพราะ, ๒๕๖๒)

เภสัชวิทยา

๑) Clopidogrel ๗๕ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหารเช้า

โคลพิโดเกรลมีกลไกการออกฤทธิ์ โดยตัวยาจะเข้าไปยับยั้งการรวมตัวของ Adenosine diphosphate (ADP, สารประกอบสำคัญในกระบวนการใช้พลังงานของร่างกาย) กับเกล็ดเลือด(Platelets) รวมถึงชะลอกลไกการรวมตัวของ Fibrinogen (สารชนิดหนึ่งที่ช่วยการแข็งตัวของเลือด) และลดการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือดจึงมีฤทธิ์ในการป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด(Prophylaxisof thromboembolic disorders) รักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) รักษาอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation)

๒) Atovastatin ๔๐ mg. รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนนอน

ยาอะโทรวาสแตติน มีกลไกการออกฤทธิ์โดยตัวยาจะไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ชื่อ HMG - GOA reductase ที่มีผลต่อการสังเคราะห์คอเลสเตอรอลในตับ อีกทั้งช่วยลดระดับไข มันไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglyceride) ในกระแสเลือด นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มระดับ HDL cholesterol (ไขมันชนิดดี) ในร่างกายได้บ้างเล็กน้อย ด้วยกลไกดังกล่าวจึงทำให้เกิดฤทธิ์ลดไขมันในเลือดของผู้ป่วย และยังช่วยสนับสนุนป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓) Omeprazole(Losec) ๒๐ mg. รับประทานครั้ง ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนอาหารเช้า
ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่เรียกว่า Hydrogen-potassium Adenosinetriphosphatase ทำให้ลดการหลั่งกรดเกลือในกระพาะอาหาร จึงทำให้อาการกรดไหลย้อน และแผลในกระเพาะอาหารลำไส้ดีขึ้น ใช้รักษาอาการกรดไหลย้อน รักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้

๔) ๐.๙% Sodium chloride ๑,๐๐๐ml IV rate ๘๐ml/hr
Sodiumchloride ๐.๙% จะมีกลไกการออกฤทธิ์โดยจะช่วยปรับสมดุลเกลือแร่ในร่างกายจึงส่งผลการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆในร่างกายให้กลับมาเป็นปกติ
(สมาคมเภสัชกรรม, ๒๕๖๕)

การพยาบาล

๑) Record neuro signs , vital sign ทุก ๔ ชั่วโมง ถ้าระดับความดันโลหิตมากกว่า ๑๘๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท หรือ coma scale drop > ๒ หรือมีอาการสับสน ซึม ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ปากเบี้ยวลิ้นแข็ง ชัก เกร็ง ชา-อ่อนแรงมากขึ้น รายงานแพทย์
๒) ประเมิน Moter power ทุก ๔ ชั่วโมง หากอ่อนแรงมากขึ้นรายงานแพทย์
๓) จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง๓๐องศาเพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น
๔) แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น การเบ่งถ่ายการไอและดูแลให้พักผ่อนบนเตียงเต็มที่
๕) ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา
- ATENOLOL๕๐mg.รับประทานครั้งละ๑เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหารเช้า
๖) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
- ๐.๙% Sodium chloride ๑,๐๐๐ml IV rate ๘๐ml/hr
๗) เฝ้าระวังติดตามและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม
๘) แนะนำผู้ป่วยและญาติให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เตียง ปุ่มต่างๆ จัดวางของที่จำเป็น ให้อยู่ในตำแหน่งที่สะดวกปลอดภัยสาธิตและทดลองใช้ให้ดูปรับระดับเตียงให้ต่ำและล๊อคเตียงไว้ไม่ให้เลื่อนได้
๙) ยกไม้กั้นเตียงขึ้นและตรวจสอบความเรียบร้อยทุกครั้งหลังให้การพยาบาล
๑๐) ให้ข้อมูลญาติให้ระมัดระวังและป้องกันพลัดตกหกล้มขณะทำกิจกรรมต่างๆ
๑๑) ประเมินความพร้อมและระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม
๑๒) สอนทักษะการดูแลผู้ป่วย ให้แก่ผู้ดูแล รวมทั้งการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน วางแผนส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมพยาบาลชุมชนดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
๑๓) แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองภายหลังจำหน่าย เช่น ระดับ ความรู้สึกตัวเปลี่ยน ซึมลง อาเจียนพุ่ง แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงหรืออ่อนแรงมากขึ้นจากเดิม ให้โทร ๑๖๖๙ เพื่อรับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว
(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (กรณีศึกษา)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป

เพศหญิงอายุ ๘๑ ปี สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพ สมรส
อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗
วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๑.๓๖ น.
วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๐.๐๐ น.
รวมระยะเวลาที่รับไว้ในการดูแล ๕ วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

case acute ischemic stroke Lt ACA รับรีเฟอร์กลับจากรพศ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๑ ชั่วโมงก่อนมารพ. เวลาประมาณ ๐๖.๔๐น. ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยตื่นนอนจะลุกเดิน ได้ยินผู้ป่วยล้มข้างเตียง แขนขาขวาอ่อนแรงมากขึ้น เดินล้มข้างเตียง มุมปากซ้ายตกเหมือนเดิม เหมือนจะพูดแต่ไม่พูด ญาตินำส่งรพ. last seen normal ๒๐.๐๐น. เดินใช้ walker ช่วยเดินได้ E๔V๓M๖ Pupil ๓ mmRTL BE DTX = ๑๗๙ mg/dl Motor power Rt.III Lt.V refer รพศ. ด้วย stroke วันนี้รับส่งกลับจากรพศ. Dx. acute ischemic stroke Lt ACA เพื่อ rehab +restart anti HT, BB

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

HT พบเมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ , DM DLP Old CVA พบเมื่อวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ AF C RVR พบที่รพศ. วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ไม่แพ้ยาและสารเคมี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประวัติส่วนตัวและสังคม

ข้อมูลพื้นฐาน ผู้ป่วยเพศหญิง สถานภาพ สมรส อายุ ๘๑ ปี น้ำหนัก ๘๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI ๓๐.๑๑

การเสพสิ่งเสพติด ไม่เคยเสพสิ่งเสพติด

การออกกำลังกาย ไม่ได้ออกกำลังกาย

การพักผ่อนนอนหลับ ๕ ชั่วโมง/วัน

ประวัติบุคคลในครอบครัว อาศัยอยู่กับบุตรสาว บุตรสาวอายุ ๔๗ปี เป็นผู้ดูแล สภาพเป็นบ้านชั้นเดียว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินสภาพทางกายตามระบบ

อุณหภูมิร่างกาย	๓๗.๓ องศาเซลเซียส
ผิวหนัง	ผิวหนังสีดำแดง ไม่มีผื่น ไม่มีบาดแผล ผิวหนังมีความ ชุ่มชื้น ไม่มีบวมกดบุ๋ม capillary refill < ๒ sec
ศีรษะ	เส้นผมสีดำมีผมหงอก เส้นผมเปราะบาง หนังศีรษะปกติ คลำไม่พบก้อน
ตา หู จมูก ปาก คอ	หนังตา-เปลือกตาไม่บวม เยื่อบุตาไม่ซีด มองเห็นไม่ค่อยชัด pupil ๓ mm RTL BE ใบหูรูปร่างปกติ ไม่พบก้อน หูตึง จมูก รูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่มีกดเจ็บบริเวณจมูก ตรวจไซนัส ปกติ ริมฝีปากรูปร่างปกติ ลิ้นไม่บวม ทอนซิลไม่บวมโต คอรูปร่างสมมาตร ไม่มีผื่น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน หลอดเลือดบริเวณคอไม่โป่งนูน ต่อมไทรอยด์ไม่บวมโต ต่อมน้ำเหลืองและต่อมน้ำลายไม่บวมโต
เต้านม	เต้านมปกติทั้งสองข้าง รูปร่างปกติ คลำไม่พบก้อน ไม่มีผื่น ไม่มีบาดแผล
ระบบทางเดินหายใจ	ทรวงอก ๒ ข้างเท่ากัน เสียงลมหายใจเข้าปอดทั้ง ๒ ข้างเท่ากัน อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	เสียงหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติสม่ำเสมอ ชีพจร ๑๐๘ ครั้ง/นาทีความดันโลหิต ๑๓๙/๙๐มิลลิเมตรปรอท
ระบบทางเดินอาหาร	Abdominal soft no tender no garding no rebound
ระบบทางเดินปัสสาวะ	กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยอยู่ปัสสาวะเองได้โดยใส่แพมเพิส no bladderfull
ระบบสืบพันธุ์	ช่องคลอดรูปร่างปกติ หมดประจำเดือน TR ประมาณ ๓๐ ปี
ระบบกระดูกและข้อ	รูปร่างปกติ ไม่มีกระดูกหัก/ไม่มีข้อเสื่อม
ระบบประสาท	Glasgow Coma Score E๔V๔-๕M๖
การเคลื่อนไหว/กล้ามเนื้อ	Moter power Rt.side gr.IV / Moter power Lt. side gr. V
การประเมินสภาพทางจิตและสังคม	ไม่มีความวิตกกังวล ประเมิน ๒Q = ๐ คะแนน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยาวันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

๑. CBC

รายการ	ค่าปกติ	๒๔/๑/๖๗	แปลผล
WBC	๔.๐-๑๐.๐ ๑๐*๓ /uL	๙๐.๐๕ ๑๐*๓ /uL	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
RBC	๓.๕-๕.๕ ๑๐*๖ /uL	๔.๙๒ ๑๐*๖ /uL	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
HGB	๑๑.๐-๑๖.๐ g/dl	๑๑.๔ g/dl	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
HCT	๓๗.๐-๕๔.๐%	๔๖.๒%	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
PLT	๑๔๐-๔๐๐๑๐*๓ /uL	๒๕๐ ๑๐*๓ /uL	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
NE%	๕๐.๐-๗๐.๐%	๖๗%	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
LY%	๒๐.๐-๔๐.๐%	๒๒%	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
EO%	๑.๐-๕.๐%	๐%	อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วิเคราะห์ผล : ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา อยู่ในเกณฑ์ปกติ

๒. Electrolyte วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

รายการ	ค่าปกติ	๒๔/๑/๖๗	แปลผล
eGFR		๗๐.๙๒	-
BUN	๖-๒๐ mg/dL	๑๑.๕ mg/dL	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Creatinine	๐.๕๑-๐.๙๕ mg/dL	๐.๗๙ mg/dL	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Sodium	๑๓๖.๐ mmol/L	๑๓๘.๒ mmol/L	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Potassium	๓.๕-๕.๕ mmol/L	๓.๓๒ mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Chloride	๙๘.๐-๑๐๗ mmol/L	๑๐๒.๕ mmol/L	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
CO_2	๒๒.๐-๒๙.๐ mmol/L	๒๔ mmol/L	อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วิเคราะห์ผล : ผลการตรวจระบบการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าเกลือแร่ของโพแทสเซียมมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ให้อาหารทางสายยาง

๓. HbA๑c

รายการ	ค่าปกติ	๒๔/๑/๖๗	แปลผล
Hb๑A๑c	๔.๕-๖.๒%	๑๑.๕%	สูงกว่าปกติ

วิเคราะห์ผล : ผลระดับน้ำตาลสะสมอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานประมาณ ๑๐ ปี ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี

๔.Electrolyte วันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

รายการ	ค่าปกติ	๒๕/๑/๖๗	แปลผล
Potassium	๓.๕-๕.๕ mmol/L	๓.๘๗ mmol/L	อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วิเคราะห์ผล : ผลการตรวจระดับโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การวินิจฉัยของแพทย์ Acute ischemic stroke Lt ACA

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปอาการ/อาการแสดงและการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๘๑ ปี ๑ ชั่วโมงก่อนมารพ. เวลาประมาณ ๐๖.๔๐ น. ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยตื่นนอนจะลุกเดิน ได้ยินผู้ป่วยล้มข้างเตียง แขนขาขวาอ่อนแรงมากขึ้น มุมปากซ้ายตก ญาตินำส่งรพ. last seen normal ๒๐.๐๐น. E๔V๓M๖ Pupill ๓ mmRTL BE DTX = ๑๗๙ mg/dl Motor power Rt.III Lt.V refer รพศ. ด้วย stroke รับกลับมาดูแลต่อที่โรงพยาบาลแก่งหางแมววันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ Dx. Acute ischemic stroke Lt ACA CT brain NC : Seen hypodensity lesion at Lt.BSG, hypodense Lt frontal lobe NIHSS ๑๕ แรกรับ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๒.๕๐นาที E๔V๔M๖ สับสน ทำตามสั่งได้ ต้อง Restain ไว้เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม moter power Rt. gr.IV , Lt gr.V no facial palsy on NG feed มาจากรพศ. เนื่องจากลิ้นแข็ง/กลืนลำบาก EKG : AF รพศ. ให้ยา AMIODARONE INJECTION ๑๕๐ mg Iv then ๙๐๐ mg IV drip in ๒๔ hr for rate control keep HR < ๑๑๐ plan start BB control HR ต่อเมื่อ HF improve HR ๙๘ ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ให้ off ยา เริ่ม Clopidogrel ๗๕ mg รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหารเช้า (เริ่ม ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗) ให้น้ำเกลือ NSS ๑,๐๐๐ml IV rate ๘๐ml/hr. วันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๗ แพทย์ให้ off IV เจาะ Lab CBC BUN Cr E'lyte HbA1C เจาะ DTX premeal+hs ผล CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ , HbA๑c ๑๑.๕% สูงกว่าปกติ Potassium ๓.๓๒ mmol/L มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย แพทย์ให้ยา Potassium Chloride ๕๐๐ mg. เม็ด ๓tab oral q ๔ hr x ๒ dose ทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลปลายนิ้วอยู่ในช่วง ๑๑๕-๑๔๒ mg/dl ให้ยา METFORMIN ๕๐๐ mg. เม็ด รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น (เริ่ม ๒๓ มกราคม) ผู้ป่วยถามตอบพอรู้เรื่อง สับสนลดลง E๔V๔-๕M๖ ไม่ได้ผูกมัด ทำกิจกรรมได้โดยมีญาติช่วย ไม่มีพลัดตกหกล้ม ญาติต้องการให้ผู้ป่วยทานอาหารทางปากเอง ประเมินการกลืนผ่าน สามารถทานอาหารได้ไม่มีสำลัก จึงรายงานแพทย์ให้ off NG วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๗ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๕๗/๘๗ มิลลิเมตรปรอท - ๑๖๓/๙๒ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๗๖-๙๒ ครั้ง/นาที แพทย์ให้ยา ATENOLOL ๕๐ mg. รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหารเช้า รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E๔V๕M๖ ทำตามสั่งได้แต่จะช้าๆ ไม่ปวดศีรษะ no facial palsy พูดไม่ค่อยชัด ไม่มีลิ้นแข็ง กินได้ กลืนได้ ไม่มีสำลัก ไม่เหนื่อย ไม่มีเจ็บอก-ใจสั่น motor power Rt gr. IV+ /Lt gr, V หลังจากกายภาพได้เข้ามาฝึกฟื้นฟูสภาพ วันนี้เริ่มเดินได้โดยใช้ walker วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๗ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๓๗/๗๘ มิลลิเมตรปรอท - ๑๔๔/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๖๐-๘๒ ครั้ง/นาที รู้สึกตัวดี ถามตอบพอรู้เรื่อง E๔V๕M๖ no facial palsy พูดชัดขึ้น ไม่มีลิ้นแข็ง กินได้ ไม่มีสำลัก moter power Rt gr.IV+ , Lt gr.V วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๒๓/๖๔ มิลลิเมตรปรอท - ๑๔๗/๘๖ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๖๔-๘๖ ครั้ง/นาที ให้ IV hydration จนครบ ๓ วัน หลังให้การพยาบาลปัญหาหมดไป ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑) เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง

๒) เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเนื่องจากกลืนลำบาก

๓) เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากสับสนและช่วยเหลือตนเองได้น้อย

๔) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

๕) มีโอกาสระดับน้ำตาลในเลือดแปรปรวนเนื่องจากเบาหวาน

๖) มีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

๗) ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลหลังจำหน่าย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๘๑ ปี ๑ ชั่วโมงก่อนมารพ. เวลาประมาณ ๐๖.๔๐น.ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยตื่นนอนจะลุกเดิน ได้ยินผู้ป่วยล้มข้างเตียง แขนขาขวาอ่อนแรงมากขึ้น เดินล้มข้างเตียง มุมปากซ้ายตกเหมือนเดิม เหมือนจะพูดแต่ไม่พูด ญาตินำส่งรพ. last seen normal ๒๐.๐๐น. เดินใช้ walker ช่วยเดินได้ E๔V๓M๖ Pupil ๓ mmRTL BE DTX = ๑๗๙ mg/dl Motor power Rt.III Lt.V refer รพศ. ด้วย stroke จากการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ระบุผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่งตัวเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าและรับกลับมาดูแลต่อที่โรงพยาบาลแก่งหางแมววันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ วางแผนการรักษาโดยให้นอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพเนื่องจากผู้ป่วย มารับการรักษาช้ากว่าเวลาที่จะส่งเข้าระบบ Fast track ไม่สามารถให้ยา rt-PA ได้โดยรับกลับมาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่อปรับยา ฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ แรกรับ ผู้ป่วย E๔V๔M๖ สับสน จึงจำเป็นต้องผูกมัดมือไว้สองข้าง เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม moter power Rt. gr.IV , Lt gr.V no facial palsy on NG feed มาจากรพศ. เนื่องจากลิ้นแข็ง/กลืนลำบาก วันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๗ ญาติต้องการให้ผู้ป่วยทานอาหารทางปากเอง จึงได้แนะนำวิธีการป้อนอาหารและเฝ้าระวังการสำลัก ผู้ป่วยสามารถทานอาหารทางปากเองได้ ไม่มีสำลัก จึงรายงานแพทย์ให้ off NG และอาการสับสนลดลง ผู้ป่วยสามารถถามตอบรู้เรื่อง พอทำกิจกรรมได้โดยมีญาติช่วย ไม่มีพลัดตกหกล้ม วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๗ หลังจากกายภาพได้เข้ามาฝึกฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้ walker moter power Rt gr.IV+ , Lt gr.V วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๗ รู้สึกตัวดี ถามตอบพอรู้เรื่อง E๔V๕M๖ no facial palsy พูดชัดขึ้น ไม่มีลิ้นแข็ง กินได้ ไม่มีสำลัก moter power Rt gr.IV+ , Lt gr.V วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจนครบ ๓ วัน แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมระยะเวลา ๕ วัน ภายหลังจำหน่ายได้มีการนัดติดตามผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือ ในการดูแลรักษา ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยใช้ walker รวมทั้งญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กลับมานอนรักษาซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมระยะเวลาในการดูแล ๕ วัน

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจ ที่พบในหอผู้ป่วยในเพื่อทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยอยู่ในความดูแล ๑ ราย

๒. รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแบบครบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาของแพทย์

๔. ศึกษาข้อมูลทฤษฎีรายโรคจากตำราต่าง ๆ ร่วมกับปรึกษาพยาบาลในหอผู้ป่วยที่มีความชำนาญกว่ารวมถึงแพทย์เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบกรณีศึกษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

๖. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และกรณีศึกษา

๗. เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเอกสารผลงานทางวิชาการ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่กลับเป็นซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑ ราย ให้การพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗ รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล ๕ วัน

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการการพยาบาล ประเมินอาการแรกรับ จัดกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การเฝ้าระวังสำลักอาหาร การเฝ้าระวังอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และส่งเสริมความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลหลังจำหน่าย รวมทั้งประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการฟื้นฟูสภาพ จากการประเมิน ADL ในวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๗ เท่ากับ ๓ คะแนน และ ADL ในวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๗ เท่ากับ ๑๕ คะแนน ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้ walker ภายหลังจำหน่ายได้มีการนัดติดตามและฝึกทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่กลับมานอนรักษาซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑ สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๖.๒ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาทางการพยาบาลขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

๖.๓ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๖.๔ เป็นแนวทางในการนำมาใช้พัฒนาการพยาบาลและการบริการที่ดียิ่งขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีอาการหลงลืม/มีภาวะสับสน จึงยากต่อการประเมินระดับความรู้สึกตัว ระหว่างอาการทางสมองหรือภาวะสับสนในผู้สูงอายุและต้องผูกมัดมือไว้เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นข้อจำกัดในการทำกายภาพบำบัด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีภาวะสับสนจำเป็นต้องผูกมัดมือทั้งสองข้างไว้จึงเป็นข้อจำกัดในการฝึกทำกายภาพบำบัด

๙. ข้อเสนอแนะ

ภาวะสับสนเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เกิดการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการจัดการกับเกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

-

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวเพ็ญนภา รัตนวิจิตร สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางสาวเพ็ญนภา รัตนวิจิตร)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๒๔ / ม.ค. / ๖๘
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเพ็ญนภา รัตนวิจิตร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นายพรหมมาตร์ ปฏิสังข์)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
โรงพยาบาลแก่งหางแมว
(วันที่) ๒๔ / ม.ค. / ๖๘
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
(นายอภิสิทธิ์ ดุจวรรณ์)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งหางแมว
(วันที่) ๒๔ / ม.ค. / ๖๘
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางการเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

๒. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นับเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆในทุกปีอีกทั้งยังมีโรคแทรกซ้อนที่สำคัญ ทั้งโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพของประชาชนคนไทย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ตลอดช่วงเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก สูงถึง ๗.๕ล้านคน หรือร้อยละ ๑๒.๘ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ ๗๕ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ ๓๒๐,๐๐๐คนต่อปี (สมศักดิ์ เทียมเก่า, ๒๕๖๖) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในโรงพยาบาลแก่งหางแมวตั้งแต่ปี ๒๕๖๓-มกราคม ๒๕๖๘ มีจำนวน ๓๗๑, ๗๗๕, ๕๙๕, ๙๗๐, ๑,๓๙๕, ๗๙๐ตามลำดับ และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น ๑๕๖ พันล้านคน ในปีพ.ศ. ๒๕๖๘ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปเช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่ภาระโรคที่เพิ่มขึ้นสำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย (สมศักดิ์ เทียมเก่า, ๒๕๖๔)

การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น การพิจารณาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัว มีความพร้อมในการประสานงาน การติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ก่อนดำเนินการไปสู่กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย โรงพยาบาลแก่งหางแมว มีการจัดบริการดูแลที่บ้าน (HOME WARD) มาตั้งแต่เดือนมิถุนายนปี ๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยและจัดบริการดูแลที่บ้าน HOMEWARD ในปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘ มีจำนวน ๑๖ ,๑๑๙ และ ๑๑ รายตามลำดับ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลแก่งหางแมว พบว่าผู้ป่วยมักเป็นผู้สูงอายุ และประสบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน เมื่อแพทย์ดูแลรักษาในระยะเฉียบพลันแล้วหรือในระยะที่โรคมีแนวโน้มจะควบคุมได้ยาก โดยการให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยา สังเกตอาการใกล้ชิดจนโรคสงบลงแล้ว แต่ยังมีความจำเป็นที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่องอีก ๒-๓ วัน จึงพิจารณาเปลี่ยนรูปแบบการดูแลเป็นแบบการดูแลที่บ้าน HOME WARD เพื่อลดระยะการนอนโรงพยาบาล และให้มีการเตรียมตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยที่ยังต้องมีการเฝ้าระวังอาการต่างๆ ผ่านการติดตามจากทีม HOMEWARD ของโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหาในเรื่องของผู้ป่วยบางรายยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พยาบาลให้คำแนะนำไม่ครอบคลุมตามแนวทางการดูแลที่บ้าน รวมถึงการประสานข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่องยังขาดแนวทางที่ชัดเจน สื่อสารตรงกัน ดังนั้นจึงได้จัดทำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้านขึ้น เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน สื่อสารได้ตรงกัน และทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและญาติได้รับคำแนะนำ รวมถึงเตรียมความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ในการตรวจวัดที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีการให้ข้อมูลเรื่องของช่องทางการสื่อสารข้อมูล การส่งข้อมูล หรือขอคำแนะนำจากผู้ป่วยและญาติขณะอยู่ที่บ้าน ผ่านทางกลุ่มไลน์ Homeward

๓.๒ แนวความคิด

การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้านเป็นการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลแก่ญาติ ให้เกิดทักษะความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ เสริมพลังในด้านสุขภาพในระยะยาว เพื่อผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (กองบริหารการสารณสุข, ๒๕๖๒)
แนวทางการเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้าน (Hospital Care at Home) เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยใน (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการดูแลตามวิชาชีพ โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล (care giver) ช่วยประเมินอาการและสื่อสารกับทีมแพทย์ โดยมีรูปแบบการให้บริการ ๓ รูปแบบ

๑) Step down: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อน แพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันส่งกลับไปรักษาที่บ้าน
๒) Refer Back: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลแรก ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลที่สองดูแล แพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้
๓) Step up/ Start at home: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาล (OPD, ER) แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ มีการติดตามและประเมินอาการอย่างน้อย ๒ ครั้ง ต่อวัน บันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานผู้ป่วยใน มีมีการติดตามและประเมินอาการอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อวัน บันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานผู้ป่วยใน มีช่องทางสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลและผู้ป่วยได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแย่ลง (กรมการแพทย์, ๒๕๖๕)

๓.๓ ข้อเสนอ

๑) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดโรค
๒) จัดอบรมบุคลากรทางการพยาบาลเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ
๓) จัดสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแก่บุคลากรเพื่อให้มีแนวทางในการดูแลให้เกิดประสิทธิภาพ

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑) ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสามารถฟื้นหายโดยสมบูรณ์ ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคหายขาดได้ จึงให้ความรู้ความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๒) บุคลากรทางการพยาบาลมีไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย จึงจัดอบรมบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

๑) เพื่อจัดทำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้าน
๒) เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการเตรียมจำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้านแบบ Homeward

ระยะเวลาดำเนินการ

กันยายน ๒๕๖๗ - มีนาคม ๒๕๖๘

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในหอผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์การทำ HOME WARD โรงพยาบาลแก่งหางแมว

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑) การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบHOME WARDของกรมการแพทย์ เริ่มดำเนินการเดือนกันยายน ๒๕๖๗
๒) นำเสนอหัวข้อแนวทางการเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้าน

เพื่อเตรียมจัดทำเป็นกิจกรรมในการทำแผนการจำหน่ายกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมาชิกในทีม เริ่มดำเนินการ เดือนตุลาคม ๒๕๖๗

๓) จัดทำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้าน เริ่มดำเนินการเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๔) นำเสนอแนวทางในการประชุมสหวิชาชีพ เพื่อช่วยพิจารณาแนวทางร่วมกันและปรับให้ถูกต้อง เริ่มดำเนินการเดือน พฤศจิกายน – ธันวาคม ๒๕๖๗

๕) นำแนวทางไปดำเนินการการใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้าน เริ่มดำเนินการ เดือน มกราคม ๒๕๖๘

๖) ประเมินผลงานหลังใช้แนวทางฯทุกเดือนและปรับให้เหมาะสม จนครบ ๓ เดือนเพื่อดูผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ก่อนพิจารณาประกาศใช้จริง บ้าน เริ่มดำเนินการเดือน มกราคม – มีนาคม ๒๕๖๘

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้านได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

๔.๒ ญาติหรือผู้ดูแล ได้มีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้าน ตามแนวทาง HOME WARD

๔.๓ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีแนวทางการเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยเป็นการดูแลที่บ้านอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลที่บ้านมากกว่า ร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยได้รับการเตรียมจำหน่ายเป็นการดูแลที่บ้าน HOME WARD ทุกราย

(ลงชื่อ).....

(นางสาวเพ็ญนภา รัตนวิจิตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๔ / ม.ค / ๖๘

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ - ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือที่ชาวไทยเรียก "อัมพฤกษ์อัมพาต"เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขไทย และของสาธารณสุขทั่วโลก ischemic Stroke เป็นชนิดย่อยของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองอุดตัน ทำให้สมองได้รับเลือดและออกซิเจนลดลง ตามมาด้วยเซลล์สมองถูกทำลายหรือเซลล์สมองตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกชาหรืออ่อนแรงที่บริเวณด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เห็นภาพซ้อน และสมองอาจถูกทำลายถาวรหากการไหลเวียนของเลือดไม่กลับมาเป็นปกติโดยเร็ว โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ Ischemic Stroke เป็นโรคหลอตเลือตสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุตตัน และ Hemorrhagic Stroke เป็นโรคหลอดเลือตสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง โดย Ischemic Stroke เป็นประเภทที่พบได้มากถึงร้อยละ ๘๗ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พรพจน์ ประภาอนันตชัย และ สมบัติ มุ่งทวีพงษา, ๒๕๖๓)

พยาธิสรีรวิทยา

หลอดเลือดสมองมีหน้าที่ในการนำเลือดจากหัวใจมาเลี้ยงสมอง โดยสมองต้องใช้เลือดปริมาณ ๑๕% ของเลือดทั้งหมดในร่างกาย เพื่อใช้ในการหล่อเลี้ยงสมอง ซึ่งจะแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มเส้นเลือด คือ Carotid artery และ Vertebral artery ซึ่งจะแตกแขนงย่อยออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของสมอง ดังนี้

๑) Internal carotid artery (ICA) : เป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่ ทอดยาวมาจากคอ ขึ้นสู่โพรงสมอง สาเหตุการขาดเลือด มักเกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แต่จะไม่มีอาการแสดงใดๆ หากการไหลเวียนเลือดดี แต่ถ้ามีการอุดตันแบบสมบูรณ์ (complete occlusion) จะทำให้เนื้อสมอง ตายเป็นวงกว้าง เพราะจะมีผลต่อเส้นเลือด MCA และ ACA ด้วย และ อาการแสดงจะเปลี่ยนไป ขึ้นกับเส้นเลือดที่มีการอุดตัน

๒) Middle cerebral artery (MCA) : จะไปเลี้ยงที่ด้านนอก ของซีกสมองใหญ่ (cerebral) สมองใหญ่ส่วนหน้า (Frontal lobe) รวมทั้งสมองใหญ่ส่วนข้าง (Parietal lobe)เป็นเส้นเลือดที่เกิดการแตก ตีบ หรือตันบ่อยที่สุด อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหา ผู้ป่วยจะสูญเสียการรับความรู้สึก กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง กล้ามเนื้อแขนอ่อนแรงมากกว่าขา มีปัญหาด้านการสื่อสาร(Aphasia)ด้านการการพูด (Apraxia) การมองเห็นภาพครึ่งซีก (Homonymous hemianopia)

๓) Anterior cerebral artery (ACA) : จะไปเลี้ยงที่บริเวณด้านบนของสมองใหญ่ส่วนหน้า (frontal lobe) และ สมองใหญ่ส่วนขมับ (Temporal lobe) อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหา ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงมากกว่าแขน สูญเสียการรับความรู้สึก(cortical sensory loss)ปัญหาด้านการสื่อสาร (Aphasia) ด้านการการพูด (Apraxia) ด้านความทรงจำ , ด้านพฤติกรรม มีปัญหาด้านการกลั้นปัสสาวะ

๔) Posterior cerebral artery (PCA) : จะไปเลี้ยงที่บริเวณสมองใหญ่ส่วนท้ายทอย (occipital lobe) บางส่วนของสมองใหญ่ส่วนขมับ(Temporal lobe),ทาลามัส (Thalamus)และส่วนบนของก้านสมอง (Brain stem) อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหาผู้ป่วยจะสูญเสียการรับความรู้สึก