

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ศาสตราจารย์ ดิฉัน นางนันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระยะของ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยท่านจะได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม เมื่อเข้ารับการรักษา และประเมินก่อนกลับบ้าน และประเมินอีกครั้งเมื่อท่านมาตรวจตามนัดที่ตึกผู้ป่วยนอกในอีก 1 เดือนถัดมา โดยข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม โดยผลที่ได้รับจากการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีจะตอบคำถามให้ท่านเข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างเสรี และท่านสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ตาม ท่านยังคงได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ดิฉันขอขอบคุณที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของการวิจัยดังกล่าวตามที่อธิบายข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

วันที่.....

ลงนาม(นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์) ผู้ทำวิจัย

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย/ ในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

() หญิง

() ชาย

2. อายุ

() < 50 ปี

() 50-60 ปี

() 61-70 ปี

() 70 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส / ลักษณะครอบครัว

() โสด

() คู่

() หม้าย

() หย่า / แยกกันอยู่

() อื่น ๆ ระบุ.....

() ครอบครัวเดี่ยว

() ครอบครัวขยาย

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียนหนังสือ

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อนุปริญญา

() ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

() ทำนา ทำสวน ทำไร่

() รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

() รับจ้าง

() อื่น ๆ ระบุ.....

6. ร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต / อ่อนแรง

() อ่อนแรงของแขน ขาข้างขวา

() อ่อนแรงของแขน ขาข้างซ้าย

() อัมพาตครึ่งซีกขวา

() อัมพาตครึ่งซีกซ้าย

7. รายได้

() เพียงพอหาซื้อสิ่งต่าง ๆ ได้ตามต้องการ

() เพียงพอใช้จ่ายอย่างประหยัด

() ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

() อื่น ๆ ระบุ.....

8. ประวัติโรคประจำตัว

() ไม่มี

() มี ระบุ.....

9. สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน () ไม่มี () มี

ภาคผนวก ค

แผนการจำหน่ายผู้ป่วย

แบบประเมินความต้องการการดูแลหลังการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ ปี HN. วันที่เข้ารับการรักษาใน รพ.
วันที่คาดว่าจะจำหน่าย การวินิจฉัยโรค vital signs T=..... P=..... R=..... BP=.....
Neuro signs E V..... M..... ผล CT. Brain

การประเมินความต้องการหลังการจำหน่าย

1. การใช้ยา Medication

- 1.1 ยาที่ได้รับปัจจุบัน..... ชนิด ได้แก่.....
- 1.2 ยาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ได้แก่.....

2. สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย Environment&Economic

- 2.1 ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านชั้นเดียว ☐ บ้าน 2 ชั้น ขึ้นไป ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
สภาพบ้าน ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม
- 2.2 ความเป็นอยู่และการสนับสนุนทางสังคม ☐ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ☐ อาศัยอยู่กับครอบครัว
☐ อาศัยอยู่ลำพังโดยมีครอบครัวให้ความช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ
- 2.3 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☐ เบิกได้ ☐ สวัสดิการจากรัฐบาล ☐ เสียค่าใช้จ่ายเอง ☐ อื่น ๆ
- 2.4 รายได้ ☐ พอเพียง ☐ ไม่พอเพียง

3. การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล Treatment

- 3.1 โรคที่เกิดร่วม ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 3.2 สิ่งเสพติดที่ใช้ ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ เหล้า ☐ บุหรี่ ☐ ยา ☐ กาแฟ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
- 3.3 การออกกำลังกายที่ทำประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 3.4 การรักษาพยาบาลที่ต้องปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ สายสวนปัสสาวะ ☐ อื่น ๆ

4. การจัดการภาวะสุขภาพ / ปรับวิถีการดำเนินชีวิต Health

- 4.1 ผู้ดูแล ☐ มี ระบุ..... ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์.....
- 4.2 ด้านสมรรถนะของผู้ป่วย
 - 4.2.1 การรับประทานอาหาร ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 - 4.2.2 การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนศีรษะและใบหน้า ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 - 4.2.3 การอาบน้ำ ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 - 4.2.4 การแต่งตัวร่างกายตอนบน ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 - 4.2.5 การแต่งตัวร่างกายตอนล่าง ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 - 4.2.6 การขับถ่าย/ปัสสาวะ/อุจจาระ ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 - 4.2.7 การเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็น/เก้าอี้ ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 - 4.2.8 การเคลื่อนไหว การเคลื่อนที่ในห้องน้ำ ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น

- 4.2.9 การเคลื่อนย้ายผู้ที่อาบน้ำ ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 4.2.10 การเคลื่อนที่ในทางราบ ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 4.2.11 การขึ้นบันได ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น

- 4.3 ด้านสติปัญญา และการรับรู้ ☐ การรับรู้ต่อบุคคล เวลา สถานที่ ปกติ ☐ มีความสับสนเป็นบางครั้ง
- ☐ เข้าใจคำสั่งทั้งการพูดและการเขียน ☐ การแสดงออกท่าทาง การพูด เหมาะสม
- ☐ การแสดงออกกับบุคคลรอบข้างเหมาะสม ☐ การแก้ไขปัญหา / การตัดสินใจ เหมาะสม

- 4.4 ด้านจิตใจ / อารมณ์ ☐ โกรธ ☐ หงุดหงิด ☐ สดชื่น ☐ ซึมเศร้า ☐ กังวล ☐ อื่น ๆ.....

5. การขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน / การมาตรวจตามนัด Outpatient Referral

สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....ระยะทาง.....

6. อาหารที่เหมาะสมกับโรค / ภาวะสุขภาพ Diet

อาหารเฉพาะโรค ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....

สรุปความต้องการในการวางแผนจำหน่าย

- ☐ M ยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- ☐ E สิ่งแวดล้อม/เศรษฐกิจ
- ☐ T การปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อการดูแลตนเองและป้องกันการกลับซ้ำของโรค
- ☐ H การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี
- ☐ O การติดต่อสถานที่ บุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือ
- ☐ D การรับประทานอาหารที่เหมาะสม
- อื่น ๆ.....

ผู้ประเมิน.....ตำแหน่ง.....วันที่.....

แบบบันทึก กิจกรรมการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ บุคลากร	แรกเริ่ม (Day I)	วันที่ 2 (Day II)	วันที่ 3 (Day III)	วันที่ 4 (Day IV)	วันที่ 5 (Day V)
เป้าหมาย	ป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน	เริ่มการฟื้นฟูสภาพ	ได้รับการฟื้นฟูสภาพ อย่างต่อเนื่อง	เตรียมความพร้อม ก่อนจำหน่าย	จำหน่าย
แพทย์	☐ สั่งทำ CT. Brain ☐ วินิจฉัยโรค ☐ ให้การรักษา ☐ อธิบายเกี่ยวกับ โรค แผนการรักษา	☐ ให้การรักษา ☐ ส่งปรึกษา กายภาพบำบัด ☐ ส่งปรึกษา โภชนาการ	☐ ให้การรักษา ☐ ติดตามผลการรักษา	☐ ให้การรักษา ☐ ติดตาม ผลการรักษา	☐ จำหน่าย ☐ นัด Follow up 1 เดือน
พยาบาลผู้ ประสาน งาน	☐ ประเมินปัญหา ☐ ประสานงานกับ แพทย์ และพยาบาล ประจำหอผู้ป่วย ☐ ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคและการปฏิบัติ ตัวและแผนการ รักษาของแพทย์ ☐ ประสานงานกับ โภชนาการ ☐ ประสานงานกับ นักกายภาพบำบัด	☐ ประเมินปัญหา ☐ ประสานงานกับ แพทย์ / พยาบาล ประจำหอผู้ป่วย ☐ ประสานงานกับ โภชนาการ ☐ ประสานงานกับ นักสังคมสงเคราะห์ ☐ ประสานงานกับ นักกายภาพบำบัด ☐ ประสานงานกับ เภสัชกร ☐ ติดตาม ประเมินผลการ ปฏิบัติตามแผนการ จำหน่าย ☐ รับปรึกษาปัญหา ในการจำหน่ายจาก ผู้ป่วย/ ทีมสุขภาพ	☐ ประเมินปัญหา ☐ ประสานงานกับ พยาบาลเข็มนบ้าน ☐ ประสานงานกับ แพทย์ / พยาบาลประจำ หอผู้ป่วย ☐ ประสานงานกับนัก สังคมสงเคราะห์ ☐ ประสานงานกับนัก กายภาพบำบัด ☐ ประสานงานกับ โภชนาการ ☐ ติดตามประเมินผล การปฏิบัติตามแผนการ จำหน่าย ☐ รับปรึกษาปัญหาใน การจำหน่ายจากผู้ป่วย/ ทีมสุขภาพ	☐ ประเมินปัญหา/ ☐ ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการเตรียม ความพร้อมที่บ้าน ☐ แจกคู่มือการดูแล ผู้ป่วย ☐ ติดตาม ประเมินผลการ ปฏิบัติตามแผนการ จำหน่าย ☐ รับปรึกษาปัญหา ในการจำหน่ายจาก ผู้ป่วย/ทีมสุขภาพ	☐ สรุปการจำหน่าย ผู้ป่วย ☐ ประสานงานกับ หน่วยงานที่ผู้ป่วย จำหน่ายไปเพื่อการ ดูแลต่อเนื่อง ☐ สรุปคำแนะนำ ก่อนกลับ METHOD

วันที่ บุคลากร	แรกเริ่ม (Day I)	วันที่ 2 (Day II)	วันที่ 3 (Day III)	วันที่ 4 (Day IV)	วันที่ 5 (Day V)
พยาบาล ประจำหอ ผู้ป่วย	☐ ประเมินปัญหา ☐ ให้การดูแลผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาที่ พบ	☐ ประเมินปัญหา ☐ ดำเนินการตาม แผนการจำหน่าย ร่วมกับทีมสุขภาพ ☐ สอน/สาธิตการ ปฏิบัติการพยาบาล	☐ ประเมินปัญหา ☐ สื่อสารกับทีมสุขภาพ เกี่ยวกับความก้าวหน้า ของผู้ป่วย ☐ สอน/สาธิตการ ปฏิบัติการพยาบาล	☐ ประเมินปัญหา ☐ สื่อสารกับทีมสุขภาพ เกี่ยวกับความก้าวหน้า ของผู้ป่วย ☐ สอน/สาธิตการ ปฏิบัติการพยาบาล	☐ จำหน่าย ผู้ป่วย
นัก กายภาพบำ บัด		☐ รับปรึกษาปัญหา ☐ สอน/สาธิตการ จัดทำและการ เคลื่อนไหวบนเตียง	☐ สอน/สาธิตการทำ Active / Passive Exercise	☐ สอน/สาธิตการฟื้นฟู สภาพ (ต่อ) ☐ สอนฝึกเดิน ☐ สอนการทำกิจวัตร ประจำวัน	☐ สรุปผลการ ฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วย/การให้ ความช่วยเหลือ ☐ สอน Home program ☐ นัด F/U พบ แพทย์เวช ศาสตร์ฟื้นฟู
เภสัชกร	☐ จ่ายยาตาม แผนการรักษา ☐ อำนวยความสะดวก ในการเบิก การใช้ยา	☐ รับบริการให้ คำปรึกษาแก่ทีม ☐ ให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วยเกี่ยวกับยา	☐ ให้คำแนะนำ (ต่อ)	☐ ประเมินผล	☐ สรุปผลการ ให้คำแนะนำ
โภชนาการ	☐ จัดเตรียมอาหาร ตามแผนการรักษา ของแพทย์ ☐ รับปรึกษาปัญหา ด้านโภชนาการ ให้แก่ผู้ป่วยจาก พยาบาลผู้ ประสานงาน	☐ จัดเตรียมอาหาร ตามแผนการรักษา ของแพทย์ ☐ รับปรึกษาปัญหา ด้านโภชนาการ ให้แก่ผู้ป่วยจาก พยาบาลผู้ ประสานงาน ☐ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วย	☐ สอนและให้ความรู้ เกี่ยวกับอาหารเฉพาะ โรคที่หอผู้ป่วย	☐ ติดตามเยี่ยม ประเมินผล	☐ สรุปผลการ ให้คำแนะนำ

วันที่ บุคลากร	แรกเริ่ม (Day I)	วันที่ 2 (Day II)	วันที่ 3 (Day III)	วันที่ 4 (Day IV)	วันที่ 5 (Day V)
นักสังคม สงเคราะห์		☐ รับปรึกษาปัญหา จากพยาบาลผู้ ประสานงาน	☐ เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย และลงบันทึกใน แบบฟอร์ม ☐ วางแผนการช่วยเหลือ ที่เหมาะสม	☐ ประเมินผลการ ให้คำปรึกษา	☐ สรุปผลการให้ความ ช่วยเหลือ / การดูแล ต่อเนื่อง
พยาบาล เยี่ยมบ้าน (HHC Man ประจำหอ ผู้ป่วย)		☐ รับปรึกษาจาก พยาบาลผู้ ประสานงาน	☐ ประเมินสภาพปัญหา และความต้องการ	☐ ประเมินปัญหา / ความต้องการ หลัง จำหน่าย ☐ ลงแบบฟอร์มการ เยี่ยมบ้านเขียนแผนที่ ตามที่อยู่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ จริง	☐ ส่งแบบฟอร์มการ เยี่ยมบ้านไปที่ หน่วยงานเวชกรรม สังคม เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับนัดหมายการเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้านตามสะดวก ภายใน 2 สัปดาห์หลังจาก จำหน่าย
พยาบาล เยี่ยมบ้าน (เวชกรรม สังคม)					จำหน่าย 1 ครั้ง (วัน / เวลาราชการ) ☐ รับผู้ป่วยเข้าศูนย์ HHC นัดหมายการเยี่ยม บ้านภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากจำหน่าย(วัน / เวลา ราชการ)
ปัญหาที่พบ และ ข้อเสนอแนะ หรือ วิธีการ แก้ปัญหา (ผู้วิจัย บันทึก)					

หมายเหตุ กิจกรรมการทำงานในแต่ละวันสามารถยืดหยุ่นได้ตามสภาพผู้ป่วย

สรุปแผนการจำหน่าย

วันที่จำหน่าย.....การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย.....ประเภทการจำหน่าย ☐ ทุเลา ☐ ไม่สมัครอยู่ ☐ Refer ☐ อื่น ๆ.....

สถานที่จำหน่าย ☐ บ้าน ☐ ศูนย์ดูแล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....วันที่ตรวจครั้งสุดท้าย.....

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

ด้านร่างกาย ☐ สัญญาณชีพ ☐ Vital signs ปกติ ระบุ.....Neuro signs E...V...M...อาการอัมพาต / อ่อนแรงครึ่งซีก ☐ ซ้าย ☐ ขวา

ด้านจิตใจ ☐ ชื่น ☐ กลัว ☐ ปฏิเสธ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ความพร้อมด้านความรู้และทักษะ เกี่ยวกับ

- ☐ M - ยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- ☐ E - การจัดการกับสิ่งแวดล้อม/ปัญหาสุขภาพกิจและสังคม
- ☐ T - การสังเกตอาการผิดปกติ
- ☐ H - การจัดการภาวะสุขภาพ/ปรับวิถีการดำเนินชีวิต
- ☐ O - ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด/ขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน
- ☐ D - การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค/ภาวะสุขภาพ

การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์จำเป็น

อุปกรณ์ที่ติดตัวกลับไป ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....

ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน.....ชนิด ได้แก่

ปัญหาความเสี่ยงของผู้ป่วย ☐ ได้รับการแก้ไขหมดไป ☐ ยังมีปัญหาที่ต้องติดตามดูแลอยู่ เรือง

มีการส่งต่อหน่วยงานอื่น (ระบุ).....

ผู้ประเมิน.....ตำแหน่ง..... วันที่..... (กรุณาเขียนแผนที่บ้านด้านล่าง)

ภาคผนวก ง

แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ และ/หรือเติมข้อความ หรือหมายเลขลงในช่องว่าง

กิจกรรม/ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ		สื่อที่ใช้	วันที่..... ผล / ผู้ปฏิบัติ	วันที่..... ผล / ผู้ปฏิบัติ	วันที่..... ผล / ผู้ปฏิบัติ	วันที่..... ผล / ผู้ปฏิบัติ	วันที่..... ผล / ผู้ปฏิบัติ
	ความรู้เรื่องโรค/สาเหตุ/ อาการ/ การรักษา/ ภาวะแทรกซ้อน		☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....
M	การรู้ยา 1.ชนิด 2.การออกฤทธิ์ 3.วิธีใช้ 4.ข้อควรระวัง 5.อาการข้างเคียง		เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....
E	สิ่งแวดล้อม/เศรษฐกิจ 1.สุขภาพส่วนบุคคล 2.การจัดสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสม 3.อาชีพที่เหมาะสม 4.การจัดการปัญหา เศรษฐกิจ/สังคม		เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....
T	การปฏิบัติตามแผนการ รักษาเพื่อการดูแล ตนเองและป้องกันการ กลับซ้ำของโรค 1.การงดเหล้า บุหรี่ ขา กาแฟ สิ่งเสพติดต่าง ๆ 2. หลีกเลี่ยงภาวะเครียด 3.การฟื้นฟูสภาพ 4. อื่น ๆ ระบุ		เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....
H	การปฏิบัติตัวเพื่อให้มี สุขภาพที่ดี 1.การพักผ่อน 2.การ ออกกำลังกายการฟื้นฟู สภาพ 3.การฝึกหายใจ/ การไอ 4.การสื่อสาร 5.การ เดิน/การทรงตัว		เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....

	6.การจัดการกับความเครียด 7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 8. อื่น ๆ ระบุ						
O	การติดต่อสถานที่บุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือ 1.การสังเกตอาการผิดปกติ 2.การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉิน 3. การมาตรวจตามนัด		เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ลงชื่อ.....
D	อาหาร 1.การรับประทาน อาหารที่เหมาะสม		เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....	เรื่องที่สอน..... สื่อ..... ☐ เข้าใจ/ ทำได้ ☐ ไม่เข้าใจ/ ทำไม่ได้ ลงชื่อ.....

ภาคผนวก จ

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(Functional Independent Measure)

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามสิ่งที่ท่านปฏิบัติ และเขียนเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบเพียง
คำตอบเดียว โดยใช้เกณฑ์ดังเอกสารแนบ

ความสามารถในการทำกิจกรรม เรื่อง	ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม			
	1	2	3	4
1. การรับประทานอาหาร				
2. การดูแลสุขอนามัยส่วนตัวศีรษะ และใบหน้า				
3. การอาบน้ำ				
4. การแต่งตัวร่างกายท่อนบน				
5. การแต่งตัวร่างกายท่อนล่าง				
6. การขับถ่าย				
7. การกลืนปัสสาวะ				
8. การกลืนอุจจาระ				
9. ความสามารถในการเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็นและ เก้าอี้ข้างเตียง				
10. การเคลื่อนไหว การเคลื่อนที่ในห้องน้ำ				
11. การเคลื่อนย้ายตัวเองสู่ที่อาบน้ำ				
12. การเคลื่อนที่ในทางราบ				
13. การขึ้นบันได				
14. การสื่อสารทางด้านการเข้าใจ				
15. การสื่อสารในด้านการแสดงออก				
16. การรับรู้ การตอบสนองทางสังคม				
17. การแก้ไขปัญหา				
18. ความจำ				

หมายเหตุ ถ้าการปฏิบัติในข้อใด ไม่สามารถประเมินได้ ให้คะแนนเป็น 1 คะแนน

Functional Independent Measure (FIM)

ให้คะแนนในแต่ละหมวดตั้งแต่ 1-4 คะแนน แล้วกิดคะแนนรวมจากคะแนนย่อยทุกหมวดรวมกัน

หมวดที่ 1

การรับประทานอาหาร

- 4 คะแนน สามารถรับประทานอาหารเองได้ตลอดทุกกระบวนการตั้งแต่การเปิดภาชนะ การตัก การเท การเคี้ยวอาหาร การกลืน
- 3 คะแนน รับประทานอาหารได้เอง แต่ต้องมีการจัดเตรียมอาหาร หรือเครื่องมือเป็นพิเศษ ทั้งนี้ สามารถทานได้เสร็จสิ้นในเวลาพอสมควร และไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆเลย
- 2 คะแนน สามารถกลืน และเคี้ยวได้เอง แต่ต้องมีผู้เฝ้าดูแล หรือให้ความช่วยเหลือระหว่างกิจกรรมการกลืน หรือคั้นนั้น
- 1 คะแนน ต้องป้อน หรือต้องอาศัยการใช้สายป้อนอาหาร

หมวดที่ 2

การดูแลสุขอนามัย ส่วนศีรษะ และใบหน้า

- 4 คะแนน สามารถทำความสะอาดช่องปาก หวีผม ล้างมือ ล้างหน้า โคนหนวด หรือแต่งหน้าได้เองลำพังคนเดียว
- 3 คะแนน ต้องมีการจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ หรือสิ่งแวดล้อมเป็นพิเศษจึงจะทำได้
- 2 คะแนน ต้องมีการช่วยเหลือเล็กน้อย หรือต้องมีผู้เฝ้าคอยระวังดูแล จึงจะทำได้
- 1 คะแนน ต้องมีผู้ทำให้ หรือทำเองไม่ได้เลย

- 4 คะแนน สามารถทำความสะอาดร่างกาย ตั้งแต่คอ จนถึงลำคอทั้งหมด ได้ด้วยตัวเอง และสามารถเช็ดตัวแห้งตั้งแต่คอลงมาโดยลำพังคนเดียวได้ด้วย อาจใช้
- 3 คะแนน สามารถทำได้โดยต้องใช้เครื่องมือช่วย หรือคัดแปลงสิ่งแวดล้อมเป็นพิเศษ อาจสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย แต่อาจทำได้ช้า และ/หรือ ไม่

หมวดที่ 3

การอาบน้ำ

- 4 คะแนน สามารถทำความสะอาดร่างกาย ตั้งแต่คอ จนถึงลำคอทั้งหมด ได้ด้วยตัวเอง และสามารถเช็ดตัวแห้งตั้งแต่คอลงมาโดยลำพังคนเดียวได้ด้วย อาจใช้
- 3 คะแนน สามารถทำได้โดยต้องใช้เครื่องมือช่วย หรือคัดแปลงสิ่งแวดล้อมเป็นพิเศษ อาจสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย แต่อาจทำได้ช้า และ/หรือ ไม่

ฝักบัว

อาบน้ำ หรือเช็ดตัว

- 4 คะแนน สามารถทำได้โดยต้องใช้เครื่องมือช่วย หรือคัดแปลงสิ่งแวดล้อมเป็นพิเศษ อาจสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย แต่อาจทำได้ช้า และ/หรือ ไม่

ปลอดภัย

- 2 คะแนน สามารถทำได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ หรือมีผู้เฝ้าระวังดูแลเพียงเล็กน้อย
- 1 คะแนน ทำเองไม่ได้เลย ต้องมีผู้อบรมน้ำให้

หมวดที่ 4

การแต่งตัวร่างกายท่อนบน

- 4 คะแนน สามารถใส่ และถอดเครื่องนุ่งห่ม สำหรับร่างกายท่อนบนได้โดยสมบูรณ์ หมายถึง หยิบเสื้อผ้าจากที่เก็บได้ และสามารถใส่และถอดอุปกรณ์เครื่องแต่งตัวได้ทุกชนิด ตั้งแต่เสื้อในไปจนถึงกระดุมและหากต้องใส่เครื่องช่วยคามหรือกายอุปกรณ์ หรือแขนเทียมก็ต้องใส่ และถอดเองได้ด้วย
- 3 คะแนน สามารถใส่ และถอดเสื้อผ้าเองได้ แต่ต้องมีผู้ไปนำเสื้อผ้าจากที่เก็บมาให้ หรือต้องจัดวางไว้ในตำแหน่ง ซึ่งช่วยให้ใส่เองได้จึงจะทำได้อาจต้องใช้เครื่องมือช่วย หรือทำได้โดยซ้ำมาก
- 2 คะแนน ทำได้แต่ต้องมีผู้ดูแล หรือให้ความช่วยเหลือเล็กน้อย
- 1 คะแนน ทำไม่ได้เลย ต้องมีผู้แต่งตัวให้

หมวดที่ 5

การแต่งตัวร่างกายท่อนล่าง

- 4 คะแนน สามารถใส่ และถอดเครื่องนุ่งห่ม สำหรับร่างกายท่อนล่างได้โดยสมบูรณ์ หมายถึง หยิบเสื้อผ้าจากที่เก็บได้ และสามารถใส่และถอดอุปกรณ์เครื่องแต่งตัวได้ทุกชนิด ตั้งแต่กางเกงในไปจนถึงกระดุมและหากต้องใส่เครื่องช่วยคามหรือกายอุปกรณ์ หรือขาเทียมก็ต้องใส่ และถอดเองได้ด้วย
- 3 คะแนน สามารถใส่ และถอดเสื้อผ้าเองได้ แต่ต้องมีผู้ไปนำเสื้อผ้าจากที่เก็บมาให้ หรือต้องจัดวางไว้ในตำแหน่ง ซึ่งช่วยให้ใส่เองได้จึงจะทำได้อาจต้องใช้เครื่องมือช่วย หรือทำได้โดยซ้ำมาก
- 2 คะแนน ทำได้แต่ต้องมีผู้ดูแล หรือให้ความช่วยเหลือเล็กน้อย
- 1 คะแนน ทำไม่ได้เลย ต้องมีผู้แต่งตัวให้

หมวดที่ 6

การขับถ่าย

- 4 คะแนน สามารถทำกิจกรรมการขับถ่ายได้ด้วยตนเอง ตลอดรวมไปถึงการทำความสะอาดร่างกาย หลังจากถ่ายปัสสาวะ หรืออุจจาระ และการใส่เสื้อผ้ากลับเข้าลักษณะปกติด้วย

- 3 คะแนน ทำได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือทำได้ช้า
- 2 คะแนน ต้องมีผู้ดูแล หรือผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย
- 1 คะแนน ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

หมวดที่ 7

การกลืนปัสสาวะ

- 4 คะแนน กลืนปัสสาวะได้เป็นปกติ ไม่มีปัสสาวะราด
- 3 คะแนน ต้องใช้สายสวน หรือยาช่วย แต่ยังสามารถควบคุมไม่ให้มีปัสสาวะราดได้
- 2 คะแนน ต้องมีผู้ดูแล หรือผู้ช่วยเหลือ หรือเครื่องมือจึงจะมีการปัสสาวะได้ เช่น ต้องสวนปัสสาวะโดยมีผู้ช่วย หรือมีปัญหาปัสสาวะราดเป็นครั้งคราว (น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 1 คะแนน ใช้ผู้ช่วยเหลือมากในการทำการปัสสาวะ หรือมีอาการปัสสาวะราดบ่อย แม้จะใช้เครื่องมือ และยาช่วยแล้วก็ตาม

หมวดที่ 8

การกลืนอุจจาระ

- 4 คะแนน กลืนอุจจาระได้ไม่มีอุจจาระราด
- 3 คะแนน ต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น ยาสวน ยาเหน็บ หรือการสวนอุจจาระออก แต่สามารถทำได้โดยตนเองไม่มีอุจจาระเล็ดราด
- 2 คะแนน ต้องมีผู้ดูแล หรือผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย เช่น ช่วยสวนอุจจาระ หรือช่วยล้างอุจจาระออก ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจมีอุจจาระราดเป็นครั้งคราว (น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 1 คะแนน ต้องการช่วยเหลือเป็นอย่างมาก และมีอุจจาระราดวันละหลายๆครั้ง

หมวดที่ 9

ความสามารถในการเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็น และเก้าอี้ข้างเตียง

- 4 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ สามารถเดินไปสู่เก้าอี้นั่งลง และลุกขึ้นยืนได้โดยไม่ต้องช่วย แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ใช้รถเข็นในการเคลื่อนที่สามารถถือรถเข็นให้อยู่กับที่แล้วเคลื่อนตัวขึ้นไปสู่รถจากรถเข็นไปสู่เตียง แล้วกลับมาที่รถเข็นได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องการการช่วยเหลือ
- 3 คะแนน ทำได้เหมือนกับ 4 คะแนน โดยใช้เครื่องช่วย
- 2 คะแนน สามารถทำได้โดยใช้ผู้ดูแล หรือผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย
- 1 คะแนน ต้องการช่วยเหลือเป็นอย่างมาก

หมวดที่ 10

การเคลื่อนไหวการเคลื่อนที่ในห้องน้ำ

- 4 คะแนน ถ้าผู้ป่วยเดิน หมายถึง สามารถเดินไปที่โถส้วม ลงนั่งและยืนขึ้นจากส้วมนั่ง
ชนิมาตรฐานได้ ถ้าเป็นผู้ป่วยรถเข็น หมายถึง สามารถเข็นรถเข้าไปใน
ห้องน้ำ ถู้อครด และย้ายตัวทั้งไปและกลับได้อย่างปลอดภัย
- 3 คะแนน ทำได้เหมือนกัน แต่ต้องมีเครื่องมือช่วย (ตัวอย่างเช่น ราวสำหรับเกาะ หรือ ที่
นั่งที่ยกสูงเป็นพิเศษ) หากผู้ป่วยทำได้ แต่ดูไม่ปลอดภัย หรือช้ามาก ให้นับอยู่
ในข้อนี้ด้วย
- 2 คะแนน ต้องการผู้เฝ้าดูแล หรือช่วยเหลือปานกลางถึงเล็กน้อย
- 1 คะแนน ต้องการช่วยเหลือมาก

หมวดที่ 11

การเคลื่อนย้ายตัวเองสู่ที่อาบน้ำ

- 4 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่เดินได้ หมายถึง สามารถเข้าไป และออกมาจากที่อาบน้ำได้
โดยลำพังตัวเอง ถ้าเป็นผู้ป่วยรถเข็น หมายถึง สามารถเข็นรถเข้าไปในที่
อาบน้ำ ถู้อครดเข็น และย้ายตัวเองเข้าไปในตำแหน่งสำหรับเตรียมอาบน้ำทั้ง
ไปและกลับได้อย่างปลอดภัย
- 3 คะแนน ทำได้โดยต้องมีอุปกรณ์ช่วย (เช่น ราวเกาะ หรือที่นั่งยกสูง เป็นต้น) หากทำ
ได้แต่ช้า และ/หรือ ดูไม่ปลอดภัย ก็ให้นับในกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน
- 2 คะแนน ทำได้โดยต้องมีผู้ดูแล และ/หรือ ผู้ช่วยเหลือปานกลางถึงเล็กน้อย
- 1 คะแนน ทำไม่ได้เอง หรือต้องการการช่วยเหลือเป็นอย่างมาก

หมวดที่ 12

การเคลื่อนที่ในทางราบ

- 4 คะแนน สามารถเดินได้ 50 เมตร โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องช่วย
- 3 คะแนน ถ้าต้องใช้เครื่องช่วย เช่น กายอุปกรณ์ รองเท้าพิเศษ เครื่องค้ำยัน หรือเดินช้า
มาก หรือดูไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยที่ใช้รถเข็นหากสามารถเข็นรถได้ 50 เมตรขึ้น
ไป และสามารถบังคับเลี้ยวเข็นรถเข้าชิดเตียงและโถในห้องน้ำ เข็นรถขึ้นทาง
ลาดที่มีทางชัน 3 % ข้ามธรณีประตู และพรมได้ ให้ถืออยู่ในกลุ่มเดียวกันนี้
- 2 คะแนน ต้องมีการดูแล หรือมีการช่วยเหลือ ถ้าหากว่าต้องเคลื่อนที่ไปเกินเมตร แต่หาก
มีการเคลื่อนที่น้อยกว่า 15 เมตร สามารถทำได้ด้วยตัวเอง

- 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก เพื่อการเคลื่อนย้ายตัวเองไปให้ถึง 50 เมตร และสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองในระยะ 15 เมตร ได้เอง

หมวดที่ 13

การขึ้นบันได

- 4 คะแนน สามารถขึ้นและลงบันได ประมาณ 12-14 ขั้นได้โดยไม่ต้องเกาะ หรือจับ
- 3 คะแนน สามารถขึ้นและลงบันได ประมาณ 12-14 ขั้นได้โดยใช้การเกาะราว หากผู้ป่วยขึ้นได้ แต่ดูไม่ปลอดภัย หรือทำได้ช้า ให้รวมในกลุ่มนี้ด้วย
- 2 คะแนน ต้องการเครื่องช่วย ต้องการผู้ดูแล และ/หรือ ผู้ช่วยเหลือในการขึ้น และลงบันได
- 1 คะแนน ขึ้นไม่ได้ หรือต้องการผู้ช่วยเหลือเป็นอย่างมาก

หมวดที่ 14

การสื่อสารทางด้านการเข้าใจ

- 4 คะแนน สามารถทำตามคำบอกสั่ง หรือคำสั่งที่เขียนให้ได้
- 3 คะแนน ไม่สามารถทำตามคำสั่ง หรือคำบอกได้อย่างปกติ อาจต้องใช้เครื่องช่วยฟัง หรือแว่นตา หรือต้องใช้เวลานานกว่าจะทำความเข้าใจกับคำสั่งนั้นๆ ได้
- 2 คะแนน ไม่ทำตามคำสั่ง คำบอก เลข หากไม่มีผู้ช่วยจับ หรือชี้นำ กรณีนี้หมายรวมถึงผู้ที่หูหนวกต้องใช้ล่ามแปลภาษามือ และผู้ที่ตาบอดต้องใช้บุคคลอื่นอ่านแทนด้วย
- 1 คะแนน ไม่ทำตามคำบอก คำสั่ง หรือคำสั่งที่เขียนให้เลย

หมวดที่ 15

การสื่อสารในด้านการแสดงออก

- 4 คะแนน แสดงความคิดเห็นได้อย่างคล่องแคล่ว ทั้งโดยการใช้ภาษาพูด และไม่ใช้ภาษาพูด รวมทั้งหมายรวมถึงการร้องเพลงและการเขียนด้วย
- 3 คะแนน สามารถสื่อความคิดเห็นที่ซับซ้อนได้ลำบาก แต่สามารถสื่อความต้องการระดับพื้นฐานได้ง่าย อาจต้องใช้เครื่องมือช่วยในการสื่อสารเป็นพิเศษ
- 2 คะแนน สื่อความคิดในลักษณะที่ขาดเป็นห่วง หรือสับสน ต้องมีการกระตุ้นเตือนให้พูดต่อ หรือช่วยเหลือจึงจะสื่อความได้
- 1 คะแนน ไม่สามารถสื่อความต้องการ แม้ในระดับง่ายๆ ได้เลย

หมวดที่ 16

การรับรู้ การตอบสนองทางสังคม

- 4 คะแนน สามารถโต้ตอบกับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมอารมณ์ และยอมรับข้อติติงจากผู้อื่น ได้โดยสงบ
- 3 คะแนน สามารถแสดงการตอบสนองทางสังคมได้อย่างปกติในสถานการณ์ที่จัดขึ้นเป็นพิเศษ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 2 คะแนน มีพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ และไม่ให้ความร่วมมือต้องมีผู้ช่วยเหลือ หรือผู้ดูแลคอยเฝ้าอยู่อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด
- 1 คะแนน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่ม หรือครอบครัว ได้โดยปกติ ตัวอย่างเช่น มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือการร้องไห้หรือการหัวเราะที่ไม่เหมาะสมอยู่เป็นระยะๆ ตลอดเวลา จะต้องมีการเฝ้าดูอยู่มากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด

หมวดที่ 17

การแก้ไขปัญหา

- 4 คะแนน สามารถนำความรู้ที่รู้อยู่แล้วมาใช้ดัดแปลงแก้ไขสถานการณ์ หรือคิดริเริ่มในการทำการแก้ไขปัญหา หรือปรับเปลี่ยนแผนที่จะทำงานกว่าจะได้ผลที่ต้องการได้
- 3 คะแนน มีความสามารถในการริเริ่มการจัดเรียงลำดับกิจกรรม หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเมื่อไม่ได้ผลที่ต้องการได้ไม่ดีเท่าปกติ แต่ยังไม่ต้องการผู้ช่วยเหลือ
- 2 คะแนน แก้ไขปัญหา ได้ก็ต่อเมื่อมีผู้อื่นช่วยบอก หรือชี้ทางเป็นส่วนใหญ่
- 1 คะแนน แก้ไขปัญหาเองไม่ได้เลย

หมวดที่ 18

ความจำ

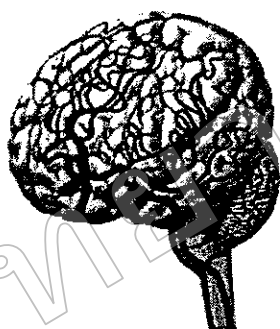
- 4 คะแนน จำบุคคลที่เจอกันบ่อยๆ และการปฏิบัติประจำวันได้โดยไม่ต้องเตือน
- 3 คะแนน จำญาติพี่น้องเจอกันบ่อยๆ ก็ไม่ได้ จำกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำทุกวันก็ไม่ได้ แต่สามารถใช้เครื่องช่วยจำเพื่อเตือนตัวเองได้ โดยไม่ต้องให้คนอื่นช่วยเตือน
- 2 คะแนน จำญาติพี่น้อง และกิจวัตรประจำวันที่จะต้องทำไม่ค่อยได้ ต้องอาศัยผู้อื่นคอยช่วยเตือนมากกว่าครึ่งหนึ่งของทั้งหมด
- 1 คะแนน จำผู้อื่นไม่ได้เลย จำกิจวัตรประจำวัน และสิ่งที่จะต้องทำไม่ได้เลยต้องมีผู้เตือนครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด

ภาคผนวก จ

คู่มือ

บทบาทของบุคลากรที่มีสุขภาพ

ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



จัดทำโดย

นางนันทวรรณ ชูยิ่งสกุลทิพย์

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยบูรพา

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุของเส้นเลือดในสมองแตก อุดตัน หรือตีบตัน ก็ส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาท เป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีความพิการที่พบได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก มีความบกพร่องทางความรู้สึกรู้นึกคิด สภาพจิตใจและอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เมื่อเจ็บป่วยนานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อของข้อต่างๆ กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะเครียด เมื่อกลับไปอยู่บ้านก็เป็นการระงับของครอบครัวก่อให้เกิดปัญหาต่อญาติ ส่งผลกระทบต่อสังคม รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้นทั้งในเรื่องบุคลากร เทคโนโลยีและการสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่กระทบกับผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติอีกด้วย และจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน รัฐบาลมีงบประมาณที่จำกัด ฉะนั้นการรับรักษาผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะสิ้นเปลือง ส่งผลให้แนวโน้มของการดูแลที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นบทบาทของญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงมีความสำคัญที่บุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญ การวางแผนการจำหน่ายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่างโรงพยาบาลและบ้านหรือชุมชนหรือการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนึ่งไปยังอีกหอผู้ป่วยหนึ่งเกิดความต่อเนื่องของการดูแลซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิทยาการ มีเป้าหมายสำคัญคือ ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง คุ้มทุน และผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การวางแผนการจำหน่าย เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและครอบครัวมีการเตรียมอย่างเป็นระบบ เป็นไปตามกระบวนการ มีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจากภาวะการเจ็บป่วยคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากร และความสามารถของตัวผู้ป่วยเองที่มีอยู่เป็นหลัก และอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเต็มที่ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน 3 ประการ คือ เกิดคุณภาพในระบบบริการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะต้องมีการใช้ระบบการส่งต่อไปยังชุมชนหรือสถานบริการที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและญาติต้องการได้

บทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพ

แพทย์ มีบทบาทในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งการรักษาก่อนการจำหน่าย ได้แก่ การรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะของความเจ็บป่วย หรือความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผลกระทบที่ทำให้วิถีชีวิตผู้ป่วยเปลี่ยนไป สังเกตและการรักษา และการนัดตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีบทบาทในการให้บริการอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยการประเมินและกำหนดความต้องการด้านสุขภาพและสังคม นำความต้องการที่ประเมินได้มาวางแผน เพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการทั้งหมดได้ถูกนำมากำหนด ดำเนินการให้บรรลุตามแผน ประสานงาน และสื่อสารผู้เกี่ยวข้องให้การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยมีความราบรื่นและเป็นไปตามเป้าหมาย

นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการประเมินด้านจิตสังคม เพื่อหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อจำหน่าย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความขัดสนด้านการเงิน ช่วยจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ นอกจากนี้ยังช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิตามกฎหมายของผู้ป่วย และประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เภสัชกร มีบทบาทในการอำนวยความสะดวกในการเบิกจ่ายยา ให้บริการให้คำปรึกษาแก่สมาชิกทีม และผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการพร้อมทั้งให้คำแนะนำเรื่องยาแก่ผู้ป่วย

นักกายภาพบำบัด มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยช่วยบริหารข้อต่อเพื่อป้องกันข้อยึดติด ช่วยกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทาน ร่วมกับการฝึกการทรงตัวและฝึกการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนอิริยาบถตามระดับความสามารถที่ควรทำได้

โภชนากร มีบทบาทในการกำหนดแผนการให้อาหารเป็นจำนวนพลังงานต่อมื้อ โดยรับแจ้งจากพยาบาลผู้ประสานงาน ดูแลจัดอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์และเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย รับประทานอาหารเกี่ยวกับด้านโภชนาการ ติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

พยาบาลเยี่ยมบ้าน มีบทบาทในการรับปรึกษา และติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยและลงบันทึกตามแบบฟอร์ม พร้อมทั้งประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องต่อไป พร้อมทั้งมีการนัดหมายการให้บริการที่บ้าน (กรณีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล)

พยาบาลผู้ประสานงาน บทบาทหลัก คือการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล และตัวแทนหน่วยงานที่ดูแลในชุมชน พยาบาลประสานงานเหล่านี้อาจประเมินความต้องการเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเมื่อกลับไปบ้าน และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่ง

บริการในชุมชนที่มี การส่งเสริมอาจเป็นการช่วยติดต่อแหล่งบริการในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อ หรือการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลให้ทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน หรือโดยการสื่อสารให้โรงพยาบาลและพยาบาลในชุมชนทราบความต้องการของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานเหล่านี้ช่วยขยายกระบวนการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง

บทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคโดยประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม ระหว่างพักรักษา และก่อนจำหน่าย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสหวิทยาการรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม
6. ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลา ก่อนจำหน่าย
8. ประเมินผลและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย
9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสหวิทยาการเพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่ายเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

คู่มือ สำหรับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาทางอายุรกรรม

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นทันที ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติเฉพาะที่หรือทั่วไปและความผิดปกตินั้นคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนน้อยที่เกิดจากโรคหรือภาวะอื่น ๆ ของสมอง เช่น โรคลมชัก ภาวะเลือดออกในก้อนเนื้อออกสมอง เป็นต้น

เนื่องจากกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองเกิดได้จากหลายสาเหตุ จึงก่อให้เกิดความเสียหายต่อสมองได้รุนแรงแตกต่างกัน และส่งผลให้ความเร่งด่วนในการรักษาแตกต่างกันด้วย นอกจากนี้สาเหตุของโรคหลอดเลือดหลายอย่างไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาเฉพาะหลอดเลือดสมองเท่านั้น หากยังทำให้เกิดโรคที่หลอดเลือดของอวัยวะอื่น ๆ ด้วย เช่น หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดไต เป็นต้น จึงพบได้บ่อยว่าผู้ป่วยมีโรคทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะก่อให้เกิดความบกพร่องทางกายแล้ว ยังทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้นด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน เพื่อให้สามารถวางแผนทางในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การดูแลรักษา

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่น่าสงสัยว่าจะเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย

1. การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน ได้แก่

- 1.1 การประเมินความเร่งด่วนและให้การรักษาระงับฉุกเฉินต่าง ๆ
- 1.2 การประเมินความสูญเสียในการทำหน้าที่ของสมอง
- 1.3 การวินิจฉัยแยกโรค
- 1.4 การวินิจฉัยแยกประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5 การบอกตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.6 การประเมินโรคทางกายและจิตใจอื่น ๆ
- 1.7 การวางแผนทางการตรวจค้นเพิ่มเติม
- 1.8 การดูแลรักษาเบื้องต้น

2. การดูแลรักษาต่อเนื่อง

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน

1.1 การประเมินความเร่งด่วนและรักษาภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกันก่อให้เกิดปัญหาต่อสมองไม่เท่ากัน บางสาเหตุทำให้หลอดเลือดสมองเกิดความผิดปกติเฉพาะที่ เช่น หลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด (Thrombosis) บางสาเหตุทำให้หลอดเลือดสมองผิดปกติหลายตำแหน่ง เช่น ภาวะผนังหลอดเลือดอักเสบ (Vasculitis) นอกจากสาเหตุแล้วตำแหน่งของรอยโรคก็ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน เช่น ที่ตำแหน่ง Medulla ซึ่งมีศูนย์การหายใจ แม้รอยโรคนขนาดเล็กก็อาจทำให้หยุดหายใจได้ ผลที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรายก็แตกต่างกัน บางสาเหตุทำให้สมองบวมมาก บางสาเหตุทำให้มีความผิดปกติที่อวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งบางครั้งรุนแรงถึงขั้นวิกฤติ เช่น หลอดเลือดสมองแตกจากความดันเลือดที่สูงมากร่วมกับภาวะวิกฤติจากความดันเลือดสูงทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มด้วยการประเมินหาภาวะที่มีความเร่งด่วนและให้การรักษาภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะพ้นระยะอันตราย โดยมีลำดับขั้นดังนี้

- 1) สัญญาณชีพ
- 2) ระบบหายใจ
- 3) ระบบไหลเวียนเลือด
- 4) ระดับความรู้สึก
- 5) ระดับความเข้มข้นของเลือด น้ำตาลในเลือด สมดุลน้ำและเกลือแร่
- 6) การทำงานของตับและไต

สัญญาณชีพ

ลักษณะของสัญญาณชีพที่เป็นอันตรายและควรได้รับการแก้ไขโดยเร็ว ได้แก่

1. ชีพจรที่ผิดปกติบางประเภท ได้แก่ Ventricular Fibrillation, Ventricular Flutter, Ventricular Tachycardia, Supraventricular Tachycardia และ Severe Bradycardia ตรวจพบโดยการคลำชีพจร และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
2. ความดันเลือดที่สูงมาก ได้แก่ ระดับความดัน Mean Arterial Pressure [$\text{Diastolic Pressure} + 1/3 (\text{Systolic Pressure} - \text{Diastolic Pressure})$] เกิน 160 มม.ปรอท หรือเป็นเหตุให้เกิดภาวะวิกฤติร่วมด้วย เช่น หัวใจวาย ไตวาย และ Encephalopathy
3. ความดันเลือด systolic ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท ในท่านอนราบ ซึ่งมักจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ อาจส่งผลให้โรคหลอดเลือดสมองทวีความรุนแรงขึ้น

4. อุณหภูมิที่สูงขึ้น อาจทำให้โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และอาจบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อเกิดขึ้น

ระบบหายใจ

ต้องประเมินว่าผู้ป่วยหายใจได้เองหรือไม่ หายใจได้เพียงพอหรือไม่ และแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้เพียงพอหรือไม่ โดยตรวจหาภาวะ cyanosis นับอัตราการหายใจ สังเกตความรู้สึกและความลำบากในการหายใจ ตรวจการขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจ และฟังเสียงลมหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด

ต้องประเมินว่ามีภาวะหัวใจวายหรือไม่ เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่ และการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะสำคัญ ๆ ได้แก่ สมอง ไต ปอด เพียงพอหรือไม่ โดยการประเมินชีพจร ความดันเลือด ตรวจหาภาวะ cyanosis ปริมาณปัสสาวะ ตรวจปอดและหัวใจ ระดับความรู้สึก

เนื่องจากระดับความรู้สึกที่ลดลงบ่งถึงความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ของสมองจึงเป็นสัญญาณที่สำคัญอย่างหนึ่งถึงความเร่งด่วนในการรักษา ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานเกินไปสมองอาจถูกทำลายมากขึ้นจนอาจจะไม่สามารถรักษาให้ฟื้นคืนดังเดิมได้ ระดับความรู้สึกสามารถจำแนกได้คร่าว ๆ เป็น 5 ระดับ คือ

1. Good Consciousness หรือ Alertness หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยตื่นตัว สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม
2. Drowsiness หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิด แต่สามารถเร้าให้ตื่นได้โดยง่ายอาจจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้เหมาะสมหรือไม่ก็ได้ เมื่อไม่มีสิ่งเร้า ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวเช่นเดิม
3. Stupor หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิด เร้าให้ตื่นได้ยาก อาจจะตอบสนองโดยการขยับตัวหรือส่งเสียงอุทาน
4. Semicoma หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิด ไม่สามารถเร้าให้ตื่นได้ แต่ยังมี Deep Tendon Reflex และ Sphincter Tone เหลืออยู่

Coma หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิด ไม่สามารถเร้าให้ตื่นได้ และไม่มี Deep Tendon Reflex หรือ Rphincter Tone

จะเห็นได้ว่าการจำแนกระดับความรู้สึกเป็น 5 ระดับดังกล่าว แม้จะทำได้ง่าย แต่ยังไม่ละเอียดเพียงพอที่จะใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก จึงนิยมประเมินระดับความรู้สึกโดยใช้ Glasgow Coma Scale ร่วมด้วย

Glasgow Coma Scale

ได้จากการประเมินระดับความรู้สึกโดยประเมินปฏิกิริยาตอบสนองที่ดีที่สุดต่อสิ่งเร้า 3 รูปแบบ ได้แก่ การลืมตา การพูดได้ตอบ และการเคลื่อนไหว โดยให้คะแนนตามระดับของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังนี้

การลืมตา (Eye opening, E)

ลืมตาขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งเร้า	4 คะแนน
ลืมตาตอบสนองต่อคำสั่ง	3 คะแนน
ลืมตาตอบสนองต่อการกระตุ้นให้เจ็บ	2 คะแนน
ไม่ลืมตาตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ	1 คะแนน

การพูดได้ตอบระดับที่ดีที่สุด (Best Verbal Response, V)

พูดได้ตอบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	5 คะแนน
พูดได้ตอบได้ แต่สับสนไม่ถูกต้อง	4 คะแนน
พูดได้เป็นคำ ๆ และ ไม่ถูกต้อง	3 คะแนน
ส่งเสียงได้ แต่ไม่มีความหมาย	2 คะแนน
ไม่ส่งเสียงได้ตอบใด ๆ ต่อสิ่งเร้า	1 คะแนน

การเคลื่อนไหวระดับที่ดีที่สุด (Best motor response, M)

เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง	6 คะแนน
เคลื่อนไหวปิดหรือตอบ ได้สิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บได้	5 คะแนน
เคลื่อนไหวหลบหนีสิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บได้	4 คะแนน
เกร็งตัวในท่าอแขนเหยียดขาเมื่อทำให้เจ็บ	3 คะแนน
เกร็งตัวในท่าเหยียดทั้งแขนและขาเมื่อทำให้เจ็บ	2 คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหวใด ๆ เมื่อทำให้เจ็บ	1 คะแนน

ในกรณีที่ไม่สามารถประเมินได้ ให้บันทึกเหตุผลไว้ด้วย เช่น กรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถประเมินการพูดให้บันทึกว่า V_{tube} ในกรณีที่หนังตาบวมปิดให้บันทึกว่า E_{injury} เป็นต้น

ระดับความเข้มข้นของเลือด น้ำตาลในเลือด สมดุลน้ำและเกลือแร่

ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และมีประวัติรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำไม่เพียงพอ หรือเป็น เบาหวาน ต้องประเมินและแก้ไขระดับน้ำตาลในเลือด สมดุลน้ำและเกลือแร่ที่แปรปรวนไปโดยเร็ว เพื่อลดการสูญเสียเนื้อสมอง ซึ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

การทำงานของตับและไต

ควรจะประเมินการทำงานของตับและไตเพื่อใช้ประกอบการวางแผนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกใช้ยาต่าง ๆ ที่อาจมีผลข้างเคียงต่อตับและไตได้

1.2 การประเมินความสูญเสียในการทำหน้าที่ของสมอง

การประเมินความสูญเสียในการทำหน้าที่ของสมองควรเริ่มด้วยการประเมินระดับความรู้สติดังที่กล่าวมาแล้ว และประเมินเรื่องภาษาว่ามีปัญหา aphasia เกิดขึ้นหรือไม่ ต่อจากนั้นจึงประเมินการทำงานของประสาทสมองคู่ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกลืน การขยับกล้ามเนื้อใบหน้า การพูด และการกลืน จากนั้นควรประเมินระบบสั่งการ ในกรณีที่ผู้ป่วยร่วมมือดี มักประเมินกำลังของกล้ามเนื้อด้วยเกณฑ์ของ Medical Research Council ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับ 5 คือระดับกำลังของกล้ามเนื้อสูงสุดเป็นปกติ

ระดับ 4 คือระดับที่มีกำลังพอจะต้านแรงจากภายนอกได้ แต่ไม่เต็มที่

ระดับ 3 คือระดับที่พอจะยกขึ้นต้านแรงโน้มถ่วง แต่ไม่สามารถต้านแรงจากภายนอกได้

ระดับ 2 คือระดับที่พอเคลื่อนไหวได้เฉพาะในแนวราบ ไม่พอที่จะยกขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้

ระดับ 1 คือระดับที่ขยับกล้ามเนื้อได้แต่ไม่แรงพอที่จะขยับข้อต่อได้

ระดับ 0 คือไม่สามารถสั่งการให้มีการขยับกล้ามเนื้อได้เลย

กรณีที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ให้ประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขาโดยเปรียบเทียบกันสองข้างว่าข้างใดอ่อนแรงกว่า ร่วมกับประเมิน deep tendon และ plantar reflexes

การประเมินหน้าที่อื่น ๆ ของสมอง ได้แก่ หน้าที่จำเพาะของกลีบสมองต่าง ๆ ลานสายตาการรับรู้ และการทำงานของ cerebellum แนะนำให้ประเมินเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ รู้สึกตัวดี ร่วมมือ และคาดว่าจะอาจมีความเสียหายเกิดขึ้น

การดูแลรักษาเบื้องต้น

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นการรักษาจำเพาะ การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การรักษาจำเพาะในโรคสมองขาดเลือด

1. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy)

เมื่อเกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนจะขาดเลือดอย่างมากจนตายไปเลย แต่บางส่วนขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ เรียกสมองส่วนนี้ว่า Ischemic Penumbra Zone ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื้อสมองส่วนดังกล่าวจะค่อย ๆ ตายไปในที่สุด ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ได้ผล ได้แก่ Recombinant Tissue

Plasminogen Activator ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีการอุดตัน หรือยา Recombinant Prourokinade (R-ProUK) ฉีดเข้าทางหลอดเลือดแดงผ่าน Microcatheter เข้าไปใน Middle Cerebral Artery ตรงตำแหน่งที่มีลิ่มเลือดอุดตันภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ อย่างไรก็ตาม การให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อน คือทำให้มีเลือดออกในสมองรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ และต้องให้ยาหลังเกิดอาการภายในเวลาไม่นานก่อนที่จะเนื่อสมองจะตายไป จึงต้องเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การรักษาสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์พร้อม โดยทีมบุคลากรที่เชี่ยวชาญ

2. การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว (Anticoagulant)

การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว ได้แก่ Heparin ไม่ว่าจะเป็นชนิด Unfractionated Heparin หรือ Low Molecular Weighted Heparin หรือ Heparinoids ไม่สามารถป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำในระยะแรกได้ การให้ยาด้านเลือดแข็งตัวในกรณีลิ่มเลือดหลุดจากหัวใจและ Progressive Stroke ได้ผลไม่ชัดเจนและอาจทำให้มีเลือดออกในสมองหรือร่างกายส่วนอื่นเช่นทางเดินอาหารได้ ปัจจุบันจึงยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการให้ยาด้านเลือดแข็งตัวในภาวะดังกล่าว

ภาวะที่ยังมีการให้ Heparin เมื่อเกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน ซึ่งยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนหรือคัดค้าน ได้แก่ ลิ่มเลือดหลุดจากหัวใจจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะภาวะ Atrial Fibrillation, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลิ่มเลือดที่ผนัง, ภาวะที่มีลิ่มเลือดในหัวใจห้องซ้ายบน, ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติจากการขาดโปรตีน C, ผู้ป่วยที่มีอาการเนื่องจากการเกาะตัวของผนังหลอดเลือดแดงส่วนนอกกะโหลกศีรษะ, ผู้ป่วยที่มีอาการของหลอดเลือดสมองตีบแคบทั้งส่วนที่อยู่นอกและในกะโหลกศีรษะ

3. การให้ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets)

Aspirin เป็นยาด้านเกล็ดเลือดชนิดเดียวที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ผลในการป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน แนะนำให้รับประทาน Aspirin ขนาด 325 มิลลิกรัม วันละครั้งถึงหนึ่งเม็ดทันทีถ้าไม่มีข้อห้าม

โดยสรุป การรักษาจำเพาะในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลัน คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อรักษาเนื้อสมองที่ขาดเลือดใกล้ตาย แต่ต้องให้ภายในเวลาไม่นานหลังเกิดอาการ และต้องระวังว่ายาอาจทำให้มีเลือดออกในสมองแทรกซ้อนได้ การป้องกันหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลันที่ได้ผลคือการให้ Aspirin ขณะนี้ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการให้ยาด้านเลือดแข็งตัวในการป้องกันหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน

การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

1. การดูแลการหายใจ

ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ($\text{PaO}_2 < 60$ มม.ปรอท) หรือคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดคั่ง ($\text{PaCO}_2 > 50$ มม.ปรอท) จะทำให้เซลล์สมองบริเวณ Penumbra Zone ดายเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว ส่งผลให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เกิดผลเสียคือทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่สมองลดลงหรือทำให้สมองเคลื่อน (Brain Herniation) ไปกดศูนย์หายใจบริเวณก้านสมองส่วน Medulla กรณีที่ผู้ป่วยหายใจไม่พอ หายใจลำบาก หรือมีความเสี่ยงที่จะหยุดหายใจและล้มลงเช่นมีรอยโรคที่ก้านสมอง ซึ่งมีศูนย์หายใจ สมองบวมมาก ไม่ค่อยรู้สึกตัว ควรได้รับการใส่ท่อหายใจทางหลอดคอ (Endotracheal Intubation) และติดตามระดับออกซิเจนในเลือด ถ้าหายใจไม่พอควรใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. การควบคุมความดันเลือด

ในโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลไกควบคุมแรงดันภายในของหลอดเลือดสมอง (Cerebral Autoregulation) จะบกพร่องไป ดังนั้นระดับความดันเลือดที่ต่ำเกินไปอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ในระยะนี้จึงไม่ควรลดความดันเลือดหากระดับความดันเลือดที่สูงไม่สูงมากจนเกิดอันตราย แต่เนื่องจากความดันเลือดที่สูงเกินไป ก็อาจทำให้ความดันภายในช่องกะโหลกสูงขึ้นได้ง่าย จึงควรควบคุมระดับความดัน Systolic ไม่ให้สูงเกิน 220 มม.ปรอท และความดัน Diastolic ไม่ให้สูงเกิน 120 มม.ปรอท หรือ ความดันเลือดแดงเฉลี่ย [Diastolic Pressure + $1/3$ (Systolic Pressure - Diastolic Pressure)] ไม่เกิน 160 มม.ปรอท ถ้ามีความดันเลือดสูงกว่าระดับดังกล่าวควรใช้ยาลดความดันชนิดที่ออกฤทธิ์ได้เร็วและหมดฤทธิ์เร็ว เพื่อให้สามารถปรับลดขนาดยาได้ทันที ได้แก่ Sodium Nitroprusside, Nitroglycerine, Nicardipine หรือ Hydralazine ทั้งนี้ต้องดูแลรักษาปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นร่วมด้วย เช่น ภาวะความดันในช่องกะโหลกสูง, ภาวะ Hypoxia, ภาวะ Hypercapnia, มีอาการปวดศีรษะหรือเจ็บปวดบริเวณอื่น, มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

3. การรักษาภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง

ในระยะเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นจากปริมาณเลือดที่ออกอย่างมาก หรือมีสมองบวมเป็นบริเวณกว้างเนื่องจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ถูกอุดกั้น หรือมีภาวะอุดกั้นของทางเดินของโพรงน้ำสมอง ความดันภายในช่องกะโหลกอาจสูงขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกถ้ารอยโรคมีขนาดใหญ่ และมักจะรุนแรงที่สุดประมาณวันที่ 3-5 ของโรค ความดันภายในช่องกะโหลกอาจเพิ่มขึ้นได้อย่างรวดเร็วในกรณีที่ทางเดินของโพรงน้ำสมองถูกอุดกั้นเนื่องจากรอยโรคใน Cerebellum กดเบียด 4th ventricle

ภาวะนี้ควรเริ่มให้การรักษาเมื่อความดันภายในช่องกะโหลกสูงขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หรือเสี่ยงต่อการหยุดหายใจเนื่องจากก้านสมองถูกกดเบียด โดยพิจารณาผ่าตัดในกรณีที่

โพรงน้ำสมองถูกอุดกั้น และกรณีที่ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ หรือมีสมองบวมมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและวิธีอื่นการรักษาภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย

1. การจัดท่านอนให้ศีรษะและลำตัวท่อนบนยกขึ้น 20-30 องศา โดยระวังไม่ให้คอพับไปกดหลอดเลือดใหญ่ที่คอ

2. การควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ

3. การควบคุมปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล

4. การดูแลให้ระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยสูงกว่า 110 มม.ปรอท

5. การหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีน้ำตาลกลูโคส ยกเว้นในกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมาก

6. การหลีกเลี่ยงสารน้ำชนิด Hypotonic ยกเว้นในกรณีที่ Serum Osmolarity มากกว่า 320 mOsm/L

7. ในกรณีที่ Serum Osmolarity มากกว่า 320 mOsm/L ควรให้การรักษานเข้าสู่ภาวะ Normovolemia และ Serum Osmolarity อยู่ระหว่าง 310-320 mOsm/L ด้วยการทำ Osmotherapy ได้แก่การให้สารน้ำหรือยาต่อไปนี้ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือร่วมกัน ได้แก่

◆ 10% Glycerol 1,000 มล. ทางหลอดเลือดดำภายใน 4 ชั่วโมง

◆ Mannitol ขนาด 0.5-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กก. ทางหลอดเลือดดำให้หมดภายใน 20 นาที แล้วต่อด้วย 0.25-0.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กก. 4-6 ครั้ง ต่อวัน

◆ Furosemide ขนาด 1 มก. ต่อน้ำหนัก 1 กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

3.8 ใส่ท่อหลอดคอและช่วยการหายใจให้ระดับ PaCO_2 ในเลือดอยู่ระหว่าง 25-30 มม.ปรอท ให้ยา Barbiturate ทางหลอดเลือดดำ จนเข้าสู่ภาวะ Coma (Barbiturate Coma)

4. การป้องกันการสำลัก

ควรให้รับประทานอาหารได้เมื่อรู้สึกตัวดีแล้ว โดยทดสอบการกลืนก่อน ถ้ายังกลืนไม่ได้ ให้ฝึกการกลืนและให้อาหารทางสายยางงูมุก (Nasogastric Tube) ถ้ามีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงควรงดอาหารไว้ก่อน

5. การรักษาอาการชัก

ในระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมองชนิด Embolic Stroke หรือ Lobar Hemorrhage ผู้ป่วยอาจมีอาการชักเกิดขึ้น ต้องรักษาด้วยยาระงับชัก เช่น Diazepam และยาต้านชัก เช่น Phenytoin เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีอาการชัก จึงแนะนำให้ใช้ยากันชักเฉพาะในรายที่มีอาการแล้วเท่านั้น ยกเว้นหลังการผ่าตัดสมองใหม่ ๆ เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองบวมเนื่องจากการขาดออกซิเจนจากการชัก

6. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติอาจส่งผลให้เนื้อสมองบริเวณ Penumbra Zone เสียหายมากขึ้น ทำให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ผลไม่ดี จึงแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ แต่ต้องระวังไม่ให้น้ำตาลในเลือดต่ำ และหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีกลูโคส ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงให้ใช้อินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้นเพื่อลดระดับน้ำตาล

7. การรักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่

ควรรักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่เพื่อลดการสูญเสียเนื้อสมองบริเวณ Penumbra Zone ในระยะเฉียบพลัน ต้องบันทึกปริมาณสารน้ำที่ให้และปริมาณปัสสาวะทุกวัน ตลอดจนวัดความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะและระดับเกลือแร่ในเลือดเป็นระยะ ๆ

8. การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย

เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงขึ้นมีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น จึงต้องลดไข้ด้วยยาลดไข้ที่ไม่ระคายเคืองทางเดินอาหาร เช่น Acetaminophen และเช็ดตัว หรือใช้อุปกรณ์ลดไข้ เช่น Hypothermia blanket และต้องพยายามหาและแก้ไขสาเหตุของไข้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะติดเชื้อของระบบต่าง ๆ

9. การป้องกันและรักษาภาวะ Deep Vein Thrombosis

ถึงแม้ว่าในคนไทยจะเกิดภาวะ Deep Vein Thrombosis ไม่บ่อยเท่าชนชาติตะวันตก แต่ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเกิดภาวะ Deep Vein Thrombosis มาก่อน ควรพิจารณาให้การป้องกันด้วยการเคลื่อนไหวขาอย่างสม่ำเสมอและให้ Low Molecular Weight Heparin หรือ Unfractionated Heparin ถ้าเกิดภาวะ Deep Vein Thrombosis ขึ้นแล้ว ให้รักษาด้วย Low Molecular Weight Heparin หรือ Unfractionated Heparin แล้วเปลี่ยนเป็น Warfarin ในระยะยาว

2. การดูแลรักษาต่อเนื่อง

ประกอบด้วยการให้ยาป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การให้ยาป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิด Transient ischemic attack (TIA) และสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองมีการอุดกั้นจาก thrombosis ควรให้ยาด้านเกล็ดเลือด ได้แก่

- ◆ Aspirin ขนาด 60-325 มก. ต่อวัน ให้รับประทานวันละครั้งเดียว ผลข้างเคียงได้แก่ ผื่น ระคายเคืองทางเดินอาหาร เป็นต้น
- ◆ Clopidogrel ขนาด 75 มก.ต่อวัน ให้รับประทานวันละครั้งเดียว ผลข้างเคียงได้แก่ มีเลือดขาวต่ำ มีจ้ำเลือดเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ เป็นต้น

◆ Dipyridamole ขนาด 400 มก.ต่อวัน แบ่งให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง ผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว ระคายเคืองทางเดินอาหาร เป็นต้น

◆ Ticlopidine ขนาด 500 มก. ต่อวัน แบ่งให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง ผลข้างเคียง ได้แก่ เม็ดเลือดขาวต่ำ มีไข้เลือดเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ ผื่น ระคายเคืองทางเดินอาหาร เป็นต้น

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดไหลมาอุดกั้น (Embolism) ควรให้ยาต้านเลือดแข็งตัว ได้แก่ Warfarin โดยรักษาระดับ International Normalized Ratio (INR) ของ Prothrombin Time ให้อยู่ในระดับ 2-3 เท่าของค่าปกติ กรณีที่ไม่สามารถให้ Warfarin ได้ อาจให้ Aspirin วันละ 300-325 มก. แทน

2.2 การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่แก้ไขได้ จำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ความดันเลือดสูงทุกชนิด ทั้ง Systolic, Diastolic และ Isolated Systolic Hypertension, เบาหวาน, ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โดยเฉพาะโรคลิ้นหัวใจ Mitral และ Aortic, ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation, หลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ, การสูบบุหรี่, ภาวะไขมันในเลือดสูง, โรคเลือดจางชนิด Sickle Cell และ ปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วน ภาวะขาดอาหาร ภาวะโฮโมซิสตีนในเลือดสูง ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายผิดปกติ การกินยาคุมกำเนิดหรือฮอร์โมนเพศหญิงทดแทนการใช้สารเสพติดและเหล้า และภาวะผนังหลอดเลือดอักเสบ

การพิจารณาให้ยาต้านเลือดแข็งตัวหรือยาต้านเกล็ดเลือดในภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ให้พิจารณาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน และการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติดังตาราง

ถึงแม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ระหว่างภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีหลักฐานว่าการให้ยาในกลุ่ม Statin เพื่อลดระดับคอเลสเตอรอลในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 54-58 จึงแนะนำให้ลดระดับคอเลสเตอรอลชนิด LDL เลือดให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มก. ต่อเดลิ.

ในรายที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันและมีหลอดเลือดแดง Carotid ตีบแบบควรพิจารณาทำ Carotid Endarterectomy ในรายที่มีการตีบอย่างรุนแรง เนื่องจากมีอัตราการเกิดโรคซ้ำในหลอดเลือดข้างนั้นสูงขึ้นตามความรุนแรงของการตีบ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดตีบตั้งแต่ร้อยละ 70-99 ของความกว้างของหลอดเลือด จะได้ประโยชน์จากการผ่าตัดมากกว่าผู้ที่หลอดเลือดตีบปานกลาง (ตีบร้อยละ 50-69) การผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดตีบน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 50) ไม่ได้ให้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเร่งด่วนที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสมองได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากและยังอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซ้ำเติมให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างยังอาจมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและให้การรักษาอย่างเหมาะสมนอกจากจะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้แล้ว ยังช่วยลดการสูญเสียหน้าที่ของสมองที่อาจเกิดเพิ่มเติม และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไม่ให้เกิดขึ้น การเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนและให้การรักษาได้ทันเวลาที่ อย่างไรก็ดี การป้องกันไม่ให้เกิดโรคย่อมเป็นแนวทางที่ดีที่สุด ซึ่งทำได้โดยการควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง และพิจารณาให้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านเลือดแข็งตัวตามความเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- จเร ผลประเสริฐ. (2541). Neurosurgery ใน ชาญวิทย์ ดันดีพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ). *ตำราศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พงวรินทร์. (2542). โรคหลอดเลือดสมอง ในจินตนา ศิรินาวิน, สุมาลี นิมานนิตย์ และ วันชัย วนะชีวนาวิน (บรรณาธิการ). *ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- รังสรรค์ ชัยเสวีกุล. (2547). การรักษาทางอายุรกรรม. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2539). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (เล่มที่ 2, พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 537-571). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค 19.
- เสก อักษรานุเคราะห์ และคณะ. (2539). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่มที่ 1*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค 19.
- อรจักร โตษยานนท์. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (เล่มที่ 2, พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 537-571). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค 19.

คู่มือการสอนสำหรับพยาบาล

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง รู้จักกันโดยทั่วไปว่า “โรคอัมพาต” เป็นโรคทางระบบประสาทที่ทำให้เกิดความพิการเรื้อรังทางสมองและร่างกาย ซึ่งมีความชุกของการเกิดโรคและอันตรายจากโรคสูง สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดของสมองแตก ตีบตัน หรืออุดตัน ทำให้สมองส่วนนั้นเสียหายที่ไปเกิดความผิดปกติทางสมอง และอวัยวะของร่างกายส่วนที่สมองนั้น ๆ ควบคุมขึ้น ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจะแตกต่างกันในแต่ละคน แล้วแต่ว่าเกิดจากความผิดปกติจากสาเหตุอะไรและเกิดที่ส่วนไหนของสมอง สิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาคือเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตเข้าสู่ระยะพักฟื้นจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ตามปกติในระยะแรก ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรู้ว่า เมื่อป่วยเป็นโรคนี้แล้วควรจะปฏิบัติตนอย่างไร และผู้ดูแลควรมีบทบาทอย่างไร จึงควรทำความเข้าใจกับโรคหลอดเลือดสมองก่อน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สาเหตุ ของโรคหลอดเลือดสมอง

1. เกิดจากการตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง
2. เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมองการตีบหรืออุดตันจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ สมองเกิดการขาดเลือด และเกิดอาการผิดปกติขึ้น ส่วนการแตกของหลอดเลือดจะทำให้มีเลือดออกในสมอง ก้อนเลือดจะไปกดเนื้อสมองทำให้การทำงานของสมองผิดปกติ จึงเกิดความผิดปกติของระบบประสาทขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

อายุ และเพศ โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย

ความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ และภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ

โรคเบาหวาน

ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชั่วคราว หรือ Transient Ischemic Attack (TIA)

อาการ ของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพจากการแตก ตีบตัน หรืออุดตัน และขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือด ผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองใหญ่ ๆ ตีบ อาจมีอาการเตือนมาก่อนล่วงหน้า เช่น อาการสับสน งุนงง เวียนศีรษะ พูดไม่ได้ แขนขาชา หรือเป็นอัมพาตชั่วคราว เป็นต้น แต่ผู้ป่วยอาจไม่ได้สนใจ ซึ่งอาจทำให้เกิด โรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงได้ภายหลัง

อาการที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักมาด้วยเรื่องหมดสติ อัมพาตครึ่งซีก หรือพูดไม่ได้ ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดทันทีทันใด และมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน 2-3 นาที หรือนานเป็นชั่วโมง

อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง คือ แขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะ อาเจียน มีความผิดปกติในการพูด ชัก หมดสติ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง อาจมีการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาของร่างกาย เช่น เจ็บปวดคล้ายเข็มแทง หรือมีอาการแสดง เช่น มีไข้ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น

อาการทั่วไปมักเกิดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันที บางครั้งระดับความรู้สึกตัวจะค่อย ๆ เลวลงจนถึงขั้นหมดสติ ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง ถ้าเลือดยังออกอยู่เรื่อย ๆ อาการจะรุนแรงมากขึ้น ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองถูกอุดตันก็เช่นกัน ถ้าการอุดตันยังไม่สิ้นสุดอาการจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าการมีเลือดออกลดลงหรือการอุดตันน้อยลงผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้บ้าง

อาการเฉพาะที่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็น เช่น ถ้ามีเลือดออกในสมองซีกขวา จะทำให้เป็นอัมพาตซีกซ้าย แต่ตาและศีรษะหันไปทางขวา ถ้าเลือดออกในก้านสมองซีกหนึ่งของร่างกายจะรู้สึกร้อน ๆ หรือเจ็บปวดคล้ายเข็มทิ่มแทง เป็นต้น

การรักษา

โรคหลอดเลือดสมองรักษาด้วยการรับประทานยา การควบคุมสาเหตุปัจจัยส่งเสริม หรือบางรายจำเป็นต้องทำผ่าตัด แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองนาน ๆ จะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ ที่พบบ่อย ได้แก่

1. แผลกดทับ เกิดจากแรงกดทับ หรือแรงถูไถระหว่างปุ่มกระดูกกับที่นอน ทำให้เกิดรอยแดงหรือรอยถลอก การไหลเวียนของเลือดลดลง การรับรู้ความรู้สึกของผิวหนังเสียไป ทำให้เกิดแผลในที่สุด นอกจากนี้ยังเกิดจากการขาดสารอาหาร การบวม หรือการติดเชื้อก็ได้ บริเวณที่พบบ่อยมากคือ ก้นกบ ข้อศอก สะบัก สะโพก สันเท้า เข่า และท้ายทอย

2. ข้อติด เกิดจากมีการเคลื่อนไหวของข้อลดลง ทำให้น้ำหล่อลื่นตามข้อแห้ง และมีหินปูนมาเกาะตามข้อ ผู้ป่วยจะมีการเจ็บปวดเวลาเคลื่อนไหวข้อ เมื่อนานเข้าจะยิ่งทำให้เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ

3. ปวดบวมจากการสำลักอาหารลงปอด เนื่องจากความผิดปกติของการกลืน นอกจากนี้ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ และกระดูกสันหลัง การมีการคั่งของเสมหะในปอดทำให้ปอดมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีไข้ ไอ มีเสมหะ

4. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จากการคั่งของปัสสาวะ การใส่สายสวนปัสสาวะ หรือไม่รักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

5. กระดูกเปราะ และหักง่าย

6. การขับถ่ายผิดปกติ เช่นท้องผูก

7. บุคลิกเปลี่ยนไป ซึมเศร้า หลงลืม หงุดหงิดง่าย และมีความผิดปกติในการใช้ภาษา

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ต้องการการดูแล และช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการดูแลที่จำเป็นมีดังนี้

1. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน ผม เล็บ และซอกอับต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้

2. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการถอดหรือสวมใส่เสื้อผ้าในส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ เช่นใส่แขนเสื้อข้างที่อ่อนแรง ซึ่งการถอดจะถอดจากแขนข้างดีก่อน แต่เวลาใส่ให้ใส่แขนข้างที่อ่อนแรงก่อน

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเองในการรับประทานอาหาร

4. ดูแลเรื่องการขับถ่าย และทำความสะอาดหลังขับถ่าย เพราะผู้ป่วยมักช่วยเหลือตนเองได้น้อย รวมทั้งดูแลไม่ให้ท้องผูก ให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้เอง โดยให้อาหารที่ช่วยระบาย เช่น ผัก ผลไม้ และฝึกการขับถ่ายทุกวัน

5. ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ จัดให้แขนข้างที่อ่อนแรงสูงกว่าศอกเพื่อป้องกันปลายแขนบวม

6. รักษาทางเดินหายใจให้โล่ง หมั่นขจัดเสมหะในปาก คอ และทางเดินหายใจออกให้หมด ถ้าผู้ป่วยสามารถไอและหายใจลึก ๆ ได้เอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ จะช่วยป้องกันปอดบวม ปอดแฟบ และช่วยให้รับออกซิเจนเพียงพอ

7. ดูแลรับประทานยาให้ถูกต้องครบถ้วนตามแพทย์สั่ง

8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย หรือช่วยบริหารร่างกายให้ผู้ป่วยทุกวัน ทั้งด้านดี และ ด้านอ่อนแรง เพื่อให้กล้ามเนื้อคงความแข็งแรง กล้ามเนื้อไม่ลีบ ร่างกายไม่ทรุดโทรม และไม่เกิด ข้อติด

9. ดูแลความสะอาดของผิวหนัง สังเกตรอยแดง หรือรอยถลอกของผิวหนังบริเวณปุ่ม กระดูก ถ้าพบรอยแดงให้ลูบ ๆ ให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงส่วนนั้น และหาหมอนพุงไว้ และหมั่น พลิกตัวบ่อย ๆ

10. สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น มีไข้ ท้องอืด ผิวหนังแดง ถ้าพบรีบแก้ไขตาม แนวทางที่มีในคู่มือ ถ้าเป็นมากแก้ไขไม่ได้มาพบแพทย์

11. ฝ้าสังเกตอาการของโรคร่วม เพื่อช่วยเหลือได้ทันท่วงที เช่น โรคเบาหวานอาจมี น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป โรคความดันโลหิตสูงอาจมีอาการปวดศีรษะมาก เป็นต้น

12. พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตรวจตามนัด

13. ให้ผู้ป่วยได้รับความจริงรอบตัวเหมือนปกติ เช่น จัดหาโทรทัศน์ วิทยุ ปฏิทิน หรือรูปภาพคนในครอบครัวไว้ในห้อง มุมที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ เปิดรายการวิทยุ / โทรทัศน์ที่ผู้ป่วย ชอบ เปิดเพลงธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง

14. เป็นกำลังใจและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหา และความพิการที่เกิดขึ้นอย่าง เหมาะสม

15. ไม่พูดในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่กำลังใจ หรือรู้สึกเป็นภาระแก่ ครอบครัว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยยิ่งหดหู่กำลังใจ

16. กล่าวชมเชย เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้

17. ปรับวิธีการที่จะติดต่อกับผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น พูดกับผู้ป่วยช้า ๆ ชัด ๆ และตั้งใจ ฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

18. จัดสิ่งแวดล้อม และของใช้ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย และสะดวกใน การหยิบใช้

อาการและอาการแสดงที่ต้องพาผู้ป่วยมา รพ.

1. มีไข้ติดต่อกัน ให้ยาแล้วไข้ไม่ลด
2. ไอมีเสมหะเป็นหนอง หรือสีสนิม
3. ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นเหม็น
4. เป็นแผลที่ผิวหนัง

5. แขน ขา อ่อนแรง หรือสูญเสียความรู้สึกมากขึ้น

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้วมักทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล พักผ่อนร่างกาย ให้มีกำลังอยู่เสมอ รวมทั้งป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองในสิ่งที่ทำได้ ส่วนผู้ดูแลก็ช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ นอกจากนี้ก็เป็นกำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไป หากปฏิบัติได้ดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

เอกสารอ้างอิง

- จารีก ธานีรัตน์.(2545).ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุวรรณ มานะสุรการ และคณะ. (2545). การดูแลผู้ป่วยอัมพาต: หลักการ แนวปฏิบัติสำหรับ
ผู้ดูแลที่บ้าน. สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ.(2541).โรคหลอดเลือดสมอง : การวินิจฉัยและการจัดการทาง
พยาบาล.ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท.

คู่มือสำหรับเภสัชกร

ยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาทางยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษานอกจากการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน Ischemic Stroke การรักษาทางยา ถือเป็นวิธีที่สำคัญ การรักษาในโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

1. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy)

เมื่อเกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนจะขาดเลือดอย่างมากจนตายไปเลย แต่บางส่วนขาดเลือดมากจนไม่สามารถทำงานได้ เรียกสมองส่วนนี้ว่า Ischemic Penumbra Zone ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก แต่ถ้ามารักษาช้าเกินไป เนื้อสมองส่วนดังกล่าวจะค่อย ๆ ตายไปในที่สุด ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ได้ผล ได้แก่ Recombinant Tissue Plasminogen Activator ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีการอุดตัน หรือยา Recombinant Prourokinase (R-ProUK) ฉีดเข้าทางหลอดเลือดแดงผ่าน Microcatheter เข้าไปใน Middle Cerebral Artery ตรงตำแหน่งที่มีลิ่มเลือดอุดตันภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ อย่างไรก็ตามการให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อน คือ ทำให้มีเลือดออกในสมองรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ และต้องให้ยาหลังเกิดอาการภายในเวลาไม่นานก่อนที่เนื้อสมองจะตายไป จึงต้องเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การรักษาในสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์พร้อมโดยทีมบุคลากรที่เชี่ยวชาญ

2. การให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)

การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว ได้แก่ Heparin ไม่ว่าจะเป็นชนิด Unfractionated Heparin หรือ Low Molecular Weighted Heparin หรือ Heparinoids ไม่สามารถป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำในระยะแรกได้ การให้ยาด้านเลือดแข็งตัวในกรณีลิ่มเลือดหลุดจากหัวใจ และ Progressive Stroke ได้ผลไม่ชัดเจนและอาจทำให้มีเลือดออกในสมองหรือร่างกายส่วนอื่น เช่น ทางเดินอาหารได้ ปัจจุบันจึงยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการให้ยาด้านเลือดแข็งตัวในภาวะดังกล่าว

ภาวะที่ยังมีการให้ Heparin เมื่อเกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน ซึ่งยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนหรือคัดค้าน ได้แก่ ลิ่มเลือดหลุดจากหัวใจจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ภาวะ Atrial Fibrillation ภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลิ่มเลือดที่ผนัง ภาวะที่มีลิ่มเลือดในหัวใจห้องบนซ้าย ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติจากการขาดโปรตีน C หรือ S หรือมีภูมิคุ้มกันต้านต่อ Activated Protein C ผู้ป่วยที่มีอาการเนื่องจากการเกาะตัวของผนังหลอดเลือดแดงส่วนนอกกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยที่มีอาการของหลอดเลือดสมองตีบแคบทั้งส่วนที่อยู่นอกและในกะโหลกศีรษะ

3. การให้ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets)

Aspirin เป็นยาต้านเกร็ดเลือดชนิดเดียวที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ผลในการป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน แนะนำให้รับประทาน aspirin ขนาด 325 มิลลิกรัม วันละครั้งถึงหนึ่งเม็ดทันทีถ้าไม่มีข้อห้าม

โดยสรุป การรักษาเฉพาะในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดอุดตันระยะเฉียบพลัน คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อรักษาเนื้อสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยง แต่ต้องให้ภายในเวลาไม่นานหลังเกิดอาการ และต้องระวังว่ายาอาจทำให้มีเลือดออกในสมองแทรกซ้อนได้ การป้องกันหลอดเลือดอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลันที่ได้ผล คือ การให้ Aspirin ขณะนี้ ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการใช้ยาต้านเลือดแข็งตัวในการป้องกันหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน

การดูแลรักษาต่อเนื่อง

การให้ยาป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิด Transient Ischemic Attack (TIA) และสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองมีการอุดตันจาก Thrombosis ควรให้ยาต้านเกร็ดเลือด ได้แก่

- Aspirin ขนาด 60-325 มก. ต่อวัน ให้รับประทานวันละครั้ง ผลข้างเคียง ได้แก่ ผื่น ระบายท้อง เบื่ออาหาร เป็นต้น

- Clopidogrel ขนาด 75 มก. ต่อวัน ให้รับประทานวันละครั้ง ผลข้างเคียง ได้แก่ เม็ดเลือดขาวต่ำ มีจ้ำเลือดเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ เป็นต้น

- Dipyridamole ขนาด 400 มก. ต่อวัน แบ่งให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง ผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว ระบายท้อง เบื่ออาหาร เป็นต้น

- Ticlopidine ขนาด 500 มก. ต่อวัน แบ่งให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง ผลข้างเคียง ได้แก่ เม็ดเลือดขาวต่ำ มีจ้ำเลือดเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ ผื่น ระบายท้อง เบื่ออาหาร เป็นต้น

2. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดไหลมาอุดตัน (Embolism) ควรให้ยาต้านเลือดแข็งตัว ได้แก่ Warfarin โดยรักษาระดับ International Normalized Ratio (INR) ของ Prothrombin Time ให้อยู่ในระดับ 2-3 เท่าของค่าปกติ กรณีที่ไม่สามารถให้ Warfarin ได้ อาจให้ Aspirin วันละ 300-325 มก. แทน

คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง

คำแนะนำทั่วไป

1. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง เพราะอาจเกิดผลเสียรุนแรงได้
2. กรณีลืมรับประทานยา ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้ใกล้ถึงเวลามื้อถัดไปก็ให้รับประทานมื้อถัดไปเลย ไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า
3. เก็บยาให้พ้นมือเด็ก เก็บให้พ้นแสง ไม่เก็บในที่ชื้น
4. ไม่ควรใช้ยาอื่นด้วยตนเอง นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เพราะยาบางอย่างอาจทำให้ฤทธิ์ของยาที่ใช้อยู่เพิ่มหรือลดลงได้ ถ้าจำเป็นต้องใช้ยานั้น ควรแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ให้เหมาะสม

คำแนะนำเฉพาะ

1. Aspirin ใช้ลดความเสี่ยงต่อการเกิด Stroke ออกฤทธิ์โดยป้องกันการเกิดลิ่มเลือด
 - ไม่ควรใช้ยาอื่นเอง ยกเว้นแพทย์สั่ง เพราะอาจทำให้เกิดปัญหาเลือดออกได้
 - ให้รับประทานยาพร้อมอาหาร นม หรือน้ำเปล่า 1 แก้ว เพื่อลดอาการไม่สบายท้อง
 - ไม่ควรซื้อยาอื่นที่มีส่วนประกอบของ Aspirin มารับประทานเองโดยไม่แจ้งให้แพทย์ทราบ
 - ควรปรึกษาแพทย์ถ้ารับประทานยาแล้วปวดท้องมาก หูอื้อ ปัสสาวะเป็นเลือด หรือปวดท้องเป็นเวลานาน
 - ถ้ามีเลือดออกที่เหงือก มีจ้ำเลือดตามตัว ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ เพราะอาจเกิดอาการเลือดออกรุนแรงได้
 - ห้ามใช้ในคนที่ เป็นโรคหอบหืด หรือคนที่แพ้ Aspirin
2. Ticlopidine ใช้ได้ทั้งป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ออกฤทธิ์โดยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซึ่งจะไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง การใช้ยานี้อาจทำให้เกิดเลือดออกอย่างรุนแรงได้
 - ควรรับประทานยาพร้อมอาหาร เพื่อลดอาการไม่สบายท้อง และทำให้การดูดซึมยาเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น
 - ควรรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง ถ้าลดขนาดยาลงจะทำให้ไม่ได้ผล ถ้าเพิ่มขนาดยาอาจทำให้มีเลือดออกได้

- ถ้ามีรอยช้ำเกิดขึ้น หรือมีเลือดออกแล้วหยุดยาก ให้รีบกลับมาพบแพทย์

3. Warfarin ใช้ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ TIA โดยช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือด แต่อาจทำให้เกิดเลือดออกได้

- ผู้ป่วยต้องใช้ยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด การเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเองอาจเกิดผลเสียที่รุนแรงได้

- ไม่ควรซื้อยาอื่นที่มีส่วนประกอบของ Aspirin มารับประทานเองโดยไม่แจ้งให้แพทย์ทราบ ควรแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบทุกครั้งที่มีการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง

- ต้องแจ้งแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรว่ากำลังใช้ยานี้อยู่ ก่อนทำการผ่าตัด ทำฟัน เริ่มใช้ยาหรือหยุดใช้ยาใด ๆ

- ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อได้รับยานี้ แต่รูปร่างและสีเปลี่ยนจากที่เคยรับประทาน (เปลี่ยนบริษัทผู้ผลิต)

- อาหารบางชนิดมีผลยับยั้งการออกฤทธิ์ของยา ได้แก่ ดับวัว ดับหมู ชาเขียว ผักใบเขียว

- ระหว่างใช้ยานี้ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดบาดเจ็บได้ง่าย

- ควรเพิ่มความระมัดระวังในการแปรงฟัน หรือโกนหนวดให้มากขึ้น ควรใช้แปรงสีฟันชนิดอ่อน และใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้า ซึ่งจะปลอดภัยกว่าการใช้ใบมีด

4. Dipyridamole

- ยานี้จะออกฤทธิ์ได้ดี เมื่อให้ก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง และดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 แก้ว แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้องอาจเปลี่ยนมารับประทานพร้อมอาหารก็ได้

- อย่าซื้อยาที่มีส่วนผสมของ Aspirin มารับประทานร่วมด้วย เพราะอาจมีเลือดออกรุนแรงได้ ยกเว้นแพทย์เป็นคนสั่งยาให้

- กรณีลืมรับประทานยา แล้วนึกได้ภายใน 4 ชั่วโมง ของมือถัดไป ไม่ต้องรับประทานยามือที่ลืม แต่ให้รับประทานมือถัดไปตามเวลาปกติ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเร่งด่วนที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสมองได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากและยังอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซ้ำเติมให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคย่อมเป็นแนวทางที่ดีที่สุด ซึ่งทำได้โดยการควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง และพิจารณาให้ยาด้านเกล็ดเลือดหรือยาด้านเลือดแข็งตัวตามความเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และอดุลย์ วิริยเวชกุล. (2538). การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน. ใน
นิพนธ์ พวงวรินทร์, ยุพิน ศุพุททมงคล และสุกัญญา ไชยธีระพันธ์ บรรณาธิการ. *อายุร
ศาสตร์ทันยุค 2*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- รังสรรค์ ชัยเสวีกุล. (2547). การรักษาทางอายุรกรรม. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ บรรณาธิการ. *การฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ : แอล. ที. เพรส จำกัด.

คู่มือสำหรับโภชนากร

อาหารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพบปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เนื่องจากโรคทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า กระบะต่อการอ้าปาก การเคี้ยว และการกลืน ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ดีเช่นคนปกติ หรืออาจรับประทานอาหารเองไม่ได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรเข้าใจและให้อาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. อาหารย่อยง่าย อาหารโปรตีนหรืออาหารแข็งให้หั่นเป็นชิ้นเล็ก สับหรือบด ประโยชน์โดยการดื่มน้ำ เป็นอาหารอ่อนนุ่ม ไม่เหนียว ย่อยต่อการเคี้ยวกลืน เช่น ข้าวต้ม ไข่ลวก เนื้อไก่บด นมสด เต้าหู้ ขนุน เช่น ตะโก้ สาหร่ายเปียก ข้าวเหนียวเปียก ข้าวฟ่าง ผลไม้สุก เช่น มะละกอสุก มะม่วงสุก แอปเปิ้ลไทย องุ่น ส้ม กล้วย เป็นต้น

2. อาหารครบทุกหมู่และอาหารหลากหลาย ได้แก่ อาหารให้พลังงาน ได้จากอาหารจำพวกแป้ง ข้าว ถั่วเขียว ขนุนปิ้ง อาหารเนื้อสัตว์หรือโปรตีน ได้จากเนื้อปลา ไข่ เนื้อไก่ เต้าหู้หรือผลิตภัณฑ์จากถั่วต่าง ๆ อาหารให้วิตามิน แคลอรี ได้จาก ผัก ผลไม้สด สีสันเขียว สีส้มเหลือง เช่น ตำลึง ผักขม ผักกาดขาว ขอดผักสีเขียว ฟักทอง มะละกอ กล้วย มะม่วงสุก อาหารไขมัน เช่น นม น้ำมันพืช จัดตามความชอบของผู้ป่วย ความสะดวกตามฤดูกาล และราคาถูก

3. อุณหภูมิและกลิ่นของอาหาร อาหารที่อุ่นช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร อาหารที่ร้อนไปทำให้เยื่อช่องปากเป็นแผลไหม้พอง เจ็บ ทำให้รับประทานอาหารลำบากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยบางรายเคี้ยว กลืนช้า ทำให้อาหารเย็นชื้น ควรให้ครั้งละน้อย และดื่มน้ำเพิ่มได้ อาหารที่เย็นหรือแช่เย็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไอ สำลักได้ง่าย กลิ่นของอาหาร บางครั้งเป็นตัวกระตุ้นให้อาหารอร่อยได้ เช่น ผักชี ต้นหอม กระเทียมเจียว เครื่องเทศ พริก พริกไทย การเตรียมชนิดอาหารขึ้นกับความชอบของผู้ป่วย

4. ความชื้นของอาหาร อาหารเหลวเป็นน้ำจะกลืนง่ายแต่สำคัญเช่นกัน อาหารข้นคล้ายแป้งกวน เช่น ซุปข้าวโพด โจ๊ก จะช่วยให้กลืนง่าย ไม่สำคัญ

นอกจากนี้ สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองมีหลายสาเหตุ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาหารเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งเกิดจากอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ไขมันที่มองเห็น (Visible Fat) เป็นไขมันที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น ไขมันที่ติดอยู่กับเนื้อสัตว์ต่าง ๆ มันหมู เนื้อ เช่น ไขมันสัตว์ที่นำมาคั้นหรือเจียวเป็นน้ำมันได้

2. ไขมันที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า (invisible fat) เป็นไขมันที่แฝงอยู่ในเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น กล้ามเนื้อหมู ออกไก่ เป็นต้น

ในด้านโภชนาการ นอกจากไขมันจะเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกายแล้ว ยังทำหน้าที่ต่าง ๆ อีก ดังนี้

1. เป็นแหล่งให้พลังงานแก่ร่างกายโดย 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี
2. ให้กรดไขมันจำเป็นที่ร่างกายไม่สามารถสร้างได้
3. ช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ ดี อี และเค
4. ช่วยให้อาหารมีลักษณะนุ่ม กลิ่น รส และลักษณะ สัมผัสของอาหารดี นำรับประทาน
5. ทำให้รู้สึกอิ่มอยู่ได้นาน เพราะให้พลังงานสูง และช่วยให้ร่างกายอบอุ่น
6. เป็นแหล่งสะสมพลังงาน และร่างกายสามารถนำไปใช้ได้เมื่อต้องการ

การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายทำให้เกิดโรคได้และโรคบางโรค การควบคุมปริมาณไขมันที่บริโภคจะช่วยรักษาบรรเทา และป้องกันอาการแทรกซ้อน เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ถ้าไม่มีการควบคุมหรือรักษา จะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

การควบคุมอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. ลดระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (โคเลสเตอรอลในเลือด 200 มิลลิกรัม/ เลือด 100 มิลลิลิตร ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด 150 มิลลิกรัม/ เลือด 100 มิลลิลิตร)

2. ลดอาหารที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง

3. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็นโดยคำนวณหาดัชนีมวลกายของร่างกาย (BMI) สูตร น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/ ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

ค่าปกติอยู่ระหว่าง 20 – 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

สาเหตุของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

1. กรรมพันธุ์ 20 %
2. การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ
3. โรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคไต

สาเหตุของภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

1. กรรมพันธุ์
2. การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ
3. โรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคไต
4. ดื่มเหล้ามากเป็นประจำ ดับจะสร้าง VLDL ในเลือดสูงได้

หลักในการแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

1. เน้นให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการควบคุมอาหาร
2. ให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการควบคุมอาหารไขมัน จำกัดไขมัน
3. ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารทั้งปริมาณ และชนิดที่มีคุณภาพได้
4. เน้นให้เข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารทะเล ซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูง
5. ใช้น้ำมันพืช แทนน้ำมันจากสัตว์ โดยเลือกซื้อน้ำมันที่ได้มาตรฐาน
6. ให้ระมัดระวังในการบริโภคอาหารที่มีไขมันแทรกอยู่ตามธรรมชาติ และอาหาร

สำเร็จรูป

7. ถ้าเป็นไปได้ควรปรุงอาหารรับประทานเอง เพื่อให้แน่ใจว่าได้รับกรดไขมันโอเลอิกเป็น

ประจำวัน

8. ให้ผู้ป่วยดัดแปลงส่วนผสมอาหารให้เหมาะสมที่จะรับประทานได้
9. อ่านฉลากทุกครั้งเมื่อเลือกซื้ออาหาร
10. งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคู่กับการควบคุมอาหาร

การดูแลการรับประทานอาหารทางปาก

1. ประเมินการกลืน การเคี้ยวของผู้ป่วย ทดสอบการกลืน ถ้าผู้ป่วยกลืนได้ ไม่ลำบาก เริ่มให้อาหารทางปากได้
2. การป้อนอาหารให้ผู้ป่วย ทำในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้มือได้เลย แต่ถ้าผู้ป่วยสามารถดักอาหารได้ ให้ผู้ป่วยดักอาหารด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยอ่อนแรงด้านที่ถนัด ให้ฝึกใช้มืออีกข้างหนึ่งส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง เพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น ส่งเสริมคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
3. บรรยากาศในการรับประทานอาหาร ต้องไม่พูดคุยเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยคิดมาก มีอารมณ์โกรธ เศร้า เสียใจ หรือรู้สึกขบขันจนทำให้ผู้ป่วยหัวเราะ อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยไอ สำลักอาหารลงหลอดลมได้ สิ่งแวดล้อมสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน ควรมีผ้ารองปาก หรือผ้าเช็ดปาก กรณีที่ผู้ป่วยทานหกลได้ง่าย ชักถามความชอบ ความพึงพอใจ ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารที่จัดให้ เพื่อนำมาปรับปรุงตามความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จารึก ธานีรัตน์.(2545).ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุวรรณ มานะสุรการ และคณะ. (2545). การดูแลผู้ป่วยอัมพาต: หลักการ แนวปฏิบัติสำหรับ
ผู้ดูแลที่บ้าน. สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ.(2541).โรคหลอดเลือดสมอง : การวินิจฉัยและการจัดการทาง
พยาบาล.ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท.

คู่มือการสอนสำหรับนักกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

ปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- การอ่อนแรงของแขน ขา ลำตัวครึ่งซีก ทำให้มีผลต่อการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตร

ประจำวัน

- การพูดและการสื่อสาร
- การกลืนอาหาร
- การขับถ่าย
- การนอนหลับ
- การมีเพศสัมพันธ์

จุดประสงค์ในการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต

- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ข้อยึดติด การเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น
- เพิ่มระดับความสามารถทางร่างกาย เช่น ระดับการเคลื่อนไหว การเดิน การทำกิจวัตร

ประจำวัน

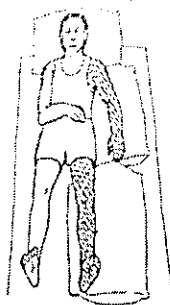
- เกื้อหนุนการปรับสภาพจิตใจ และสิ่งแวดล้อมทั้งของผู้ป่วยและญาติ
- กระตุ้นให้มีการฟื้นตัวของระบบประสาท

การจัดทำในการนอน / นั่ง

จุดประสงค์

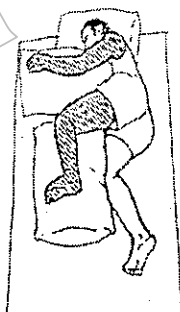
- ป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ลดอาการบวมของมือและเท้า
- ป้องกันข้อเคลื่อน ข้อยึดติด กล้ามเนื้อและเอ็นหดตัว

1. ท่านอนหงาย



- หมอนหนุนศีรษะไม่ควรให้สูงมาก
- ควรมีหมอนหนุนใต้หัวไหล่ แขน มือ และสะโพกข้างที่อ่อนแรง
- ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง
- แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัว กางออกเล็กน้อย
- ข้อมือกระดูกข้อมือเล็กน้อย นิ้วมือเหยียดตรง
- ขาเหยียดตรง ข้อเท้ากระดูกข้อมือเล็กน้อย

2. ท่านอนตะแคงทับข้างดี



- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย
- มีหมอนรองแขนข้างที่อ่อนแรงตั้งแต่ต้นแขนจนถึงปลายแขน โดยใช้แขนขึ้นไปข้างหน้า ข้อศอกเหยียด
- ข้อมือตรง มือคว่ำบนหมอน นิ้วมือเหยียดออก
- ขาข้างที่อ่อนแรงมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า โดยให้ข้อสะโพกและข้อเข่าองเล็กน้อย
- ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

3. ทำนอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง



- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย
- ใช้หมอนรองแขนข้างที่อ่อนแรง และให้แขนยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกเหยียดตรง หงายมือ
- สะโพกและเข่าข้างที่ดี ควรมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า ระวังไม่ให้ทับข้างที่อ่อนแรง
- ขาข้างที่อ่อนแรง เหยียดขา เข่างอเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

4. ทำนั่ง



- นั่งให้ศีรษะ ลำตัว และแขนขาอยู่ในแนวกึ่งกลางตามปกติ พยายามให้น้ำหนักตัวกระจายระหว่างสะโพกเท่า ๆ กัน
- สะโพก เข่า และข้อเท้าอยู่ในแนวตั้งฉาก เท้าวางราบกับพื้น
- มีหมอนรองใต้แขนข้างที่อ่อนแรง

การออกกำลังกายเพื่อเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ

จุดประสงค์

- ป้องกันข้อยึดติด กล้ามเนื้อและเอ็นหดยึด
- ลดอาการบวมของมือและเท้า
- ป้องกันการเกิดเส้นเลือดดำอุดตัน

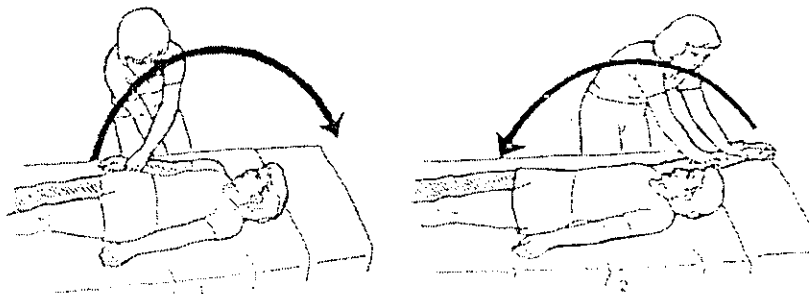
ข้อควรปฏิบัติในการเคลื่อนไหวข้อ

- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขา ผู้ดูแลควรทำให้ผู้ป่วย
- การเคลื่อนไหวข้อ ควรทำช้า ๆ
- ควรทำการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้สอดคล้องของการเคลื่อนไหวที่ปกติ
- แต่ละท่าควรทำช้า ๆ ทำละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ
- ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ หรือขณะที่ผู้ป่วยมีไข้
- ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวด หรือมีปัญหาอย่างอื่นตามมา ควรหยุดและปรึกษาแพทย์

การบริหารส่วนแขน

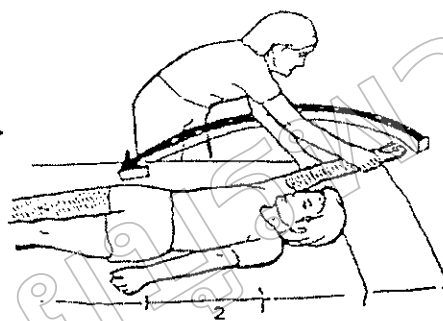
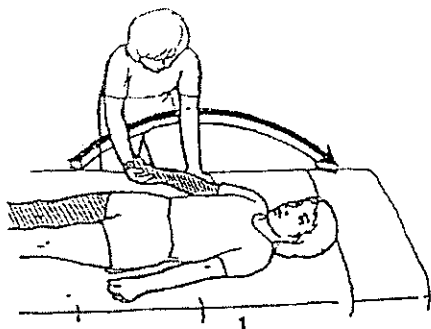
1. การยกแขนขึ้นและลง

เริ่มต้นผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย ค่อย ๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้นบน จนถึงเหนือศีรษะแล้วค่อย ๆ ยกแขนผู้ป่วยลง ทำซ้ำ



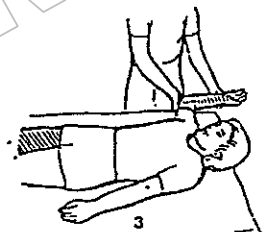
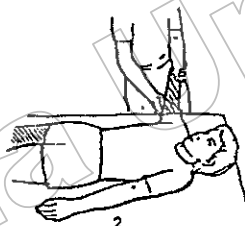
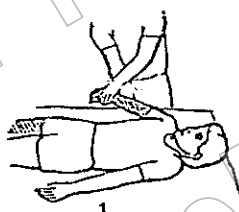
2. การกางแขนออก และหุบแขนเข้า

เริ่มต้นผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย ค่อย ๆ กางแขนผู้ป่วยออกไปด้านข้างออก จากลำตัวจนถึงศีรษะ แล้วค่อย ๆ หุบแขนเข้า ทำซ้ำ



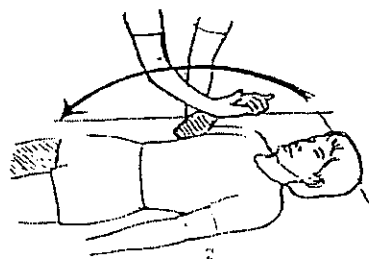
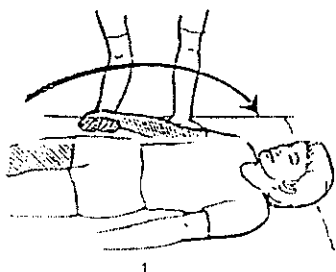
3. การหมุนข้อไหล่เข้าและออก

เริ่มต้นจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วยให้แขนกาง 90 องศา หมุนแขนผู้ป่วยขึ้นไปทาง เพดาน โดยให้ข้อศอกวางอยู่บนเตียง แล้วหมุนแขนผู้ป่วยลงไปยังปลายเท้า แล้วทำซ้ำ



4. การงอศอกเข้าและเหยียดออก

เริ่มต้นจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย งอแขนผู้ป่วยเข้าไปยังศีรษะ แล้วเหยียดแขน ผู้ป่วยออก ทำซ้ำ



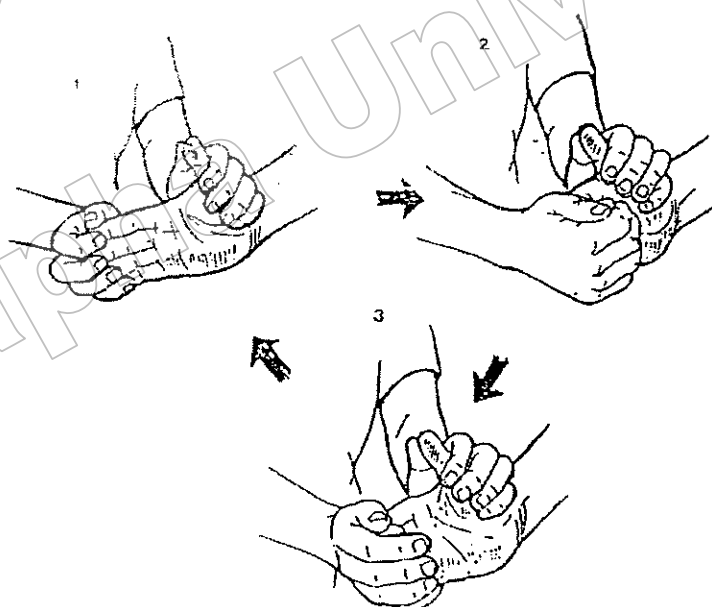
5. การกระดกข้อมือขึ้นและลง

เริ่มต้นจับข้อมือและนิ้วมือทั้งสี่ของผู้ป่วย โดยให้ข้อศอกอยู่ในแนวตั้งฉาก แล้วกระดกข้อมือขึ้นและลงซ้ำ ๆ ทำซ้ำ



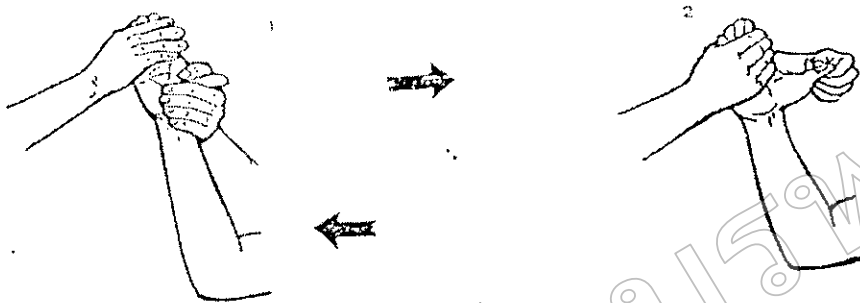
6. การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก

เริ่มต้นจับนิ้วหัวแม่มือและนิ้วมือทั้งสี่ กำนิ้วมือทั้งสี่เข้า แล้วเหยียดนิ้วมือทั้งสี่ออก แล้วทำซ้ำ



7. การกระดกนิ้วโป้งขึ้นและลง

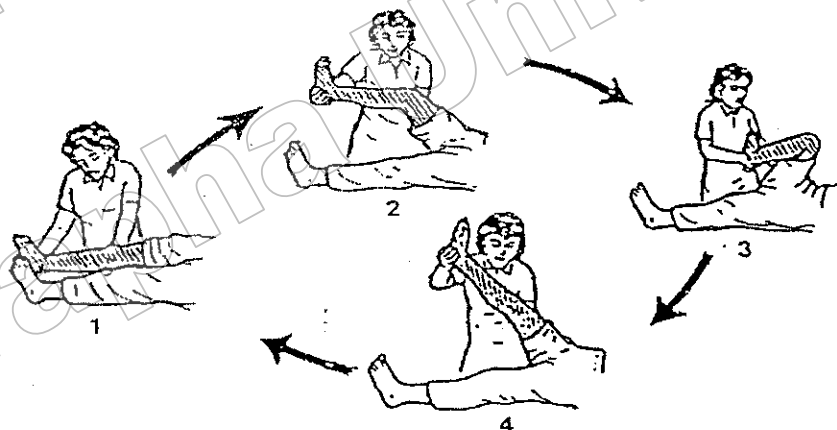
เริ่มต้นจับนิ้วหัวแม่มือและนิ้วมือทั้งสี่ แล้วจับนิ้วหัวแม่มือขึ้นและลง แล้วทำซ้ำ



การบริหารส่วนขา

1. การงอขาเข้าและเหยียดขาออกของข้อสะโพก และข้อเข่า

เริ่มต้นจับที่ข้อเข่าและข้อเท้าผู้ป่วย ยกขาผู้ป่วยขึ้น โดยให้ข้อเข่างอมากที่สุด แล้วค่อย ๆ เหยียดออกค้างไว้ 10 วินาที แล้วจึงวางขาลงกลับที่เดิม แล้วทำซ้ำ



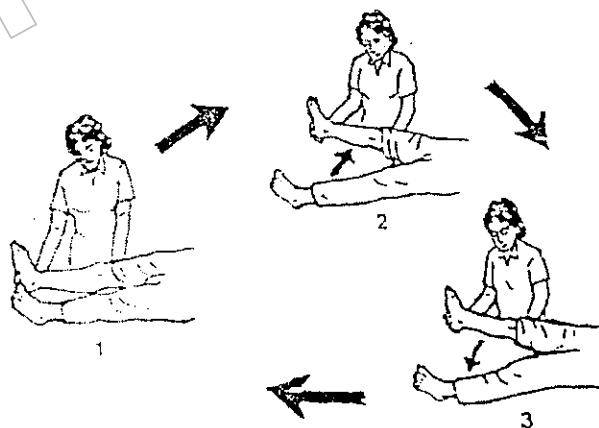
2. การหมุนข้อสะโพกเข้าและหมุนข้อสะโพกออก

เริ่มต้นจับข้อเข้าและข้อเท้าผู้ป่วย งอสะโพกและข้อเข้าให้ตั้งฉาก หมุนให้ปลายเท้าออกด้านนอก แล้วหมุนกลับที่เดิม จากนั้นหมุนให้ปลายเท้าเข้าด้านใน แล้วทำซ้ำ



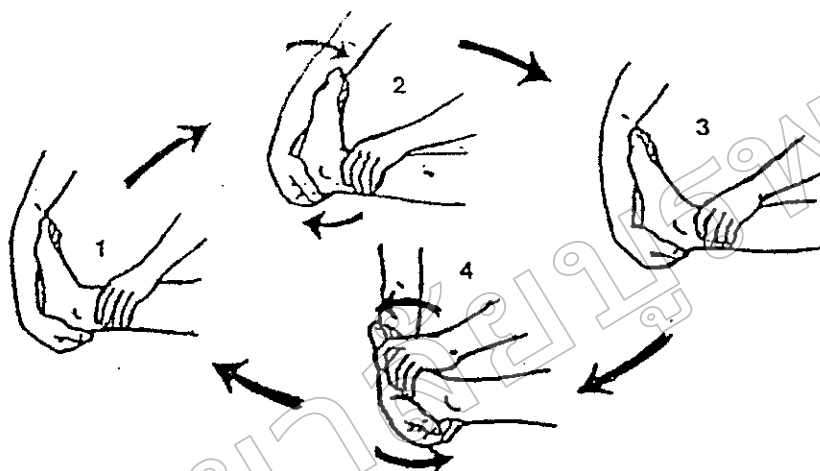
3. การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อสะโพก

เริ่มต้นจับข้อเข้าและข้อเท้าผู้ป่วย กางขาออกตรง ๆ แล้วยกให้สูงจากเตียงประมาณ 5 เซนติเมตร ค้างไว้ 10 วินาที แล้วค่อย ๆ หุบขาเข้า แล้วทำซ้ำ



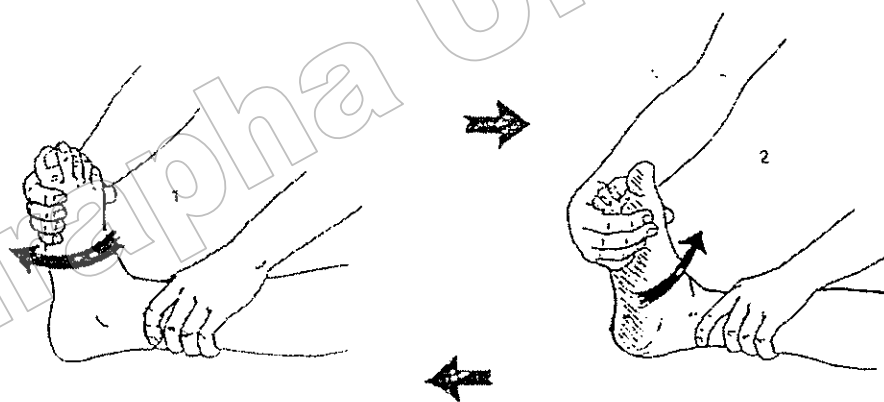
4. การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง

เริ่มต้นจับเหนือข้อเท้าและส้นเท้าผู้ป่วย กระดกข้อเท้าขึ้น ค้างไว้ 10 วินาที แล้วกระดกข้อเท้าลง แล้วทำซ้ำ



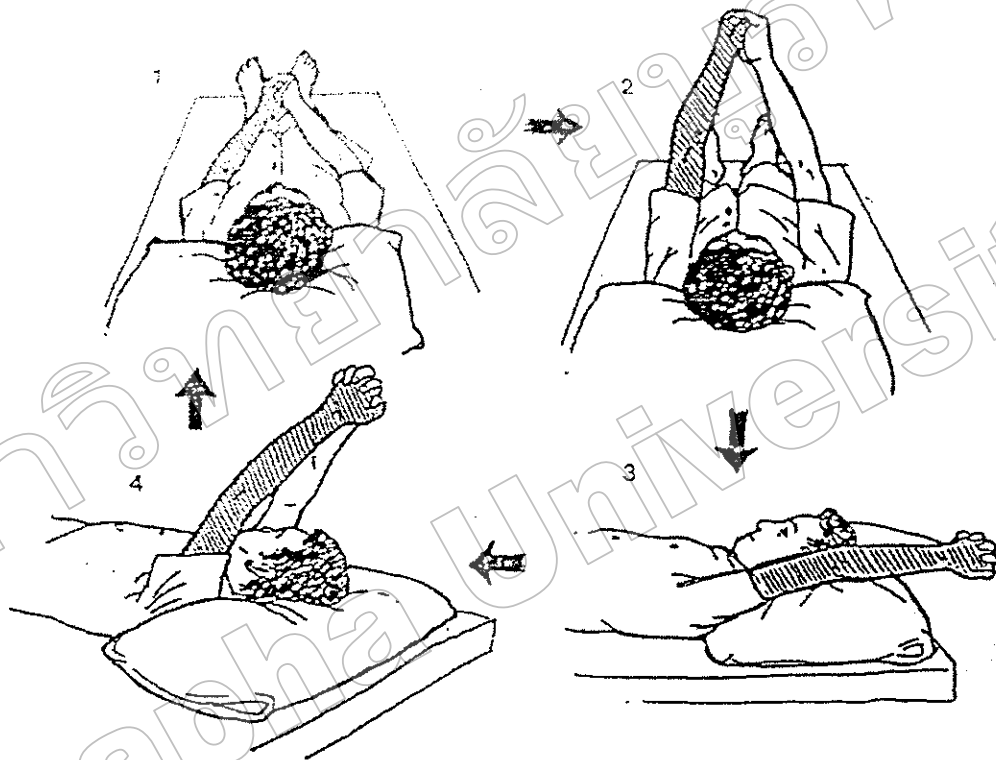
5. การหมุนปลายเท้าผู้ป่วยเข้าและออก

เริ่มต้นจับเหนือข้อเท้าและปลายนิ้วเท้า บิดปลายเท้าเข้าด้านใน ค้างไว้ 10 วินาที แล้วบิดปลายเท้าออก ค้างไว้ 10 วินาที แล้วทำซ้ำ



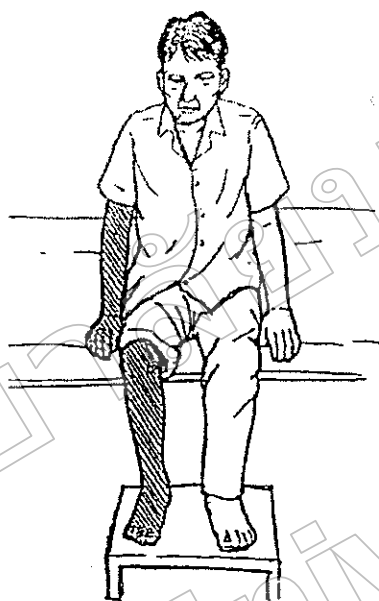
การเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตัวผู้ป่วยเอง

ประสานมือข้างที่ดีกับข้างที่อ่อนแรง โดยใช้นิ้วหัวแม่มือของข้างที่อ่อนแรงอยู่บนข้างที่ดี ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ค้างไว้ 10 วินาที และเอาลง ทำซ้ำประมาณ 5-10 ครั้ง สามารถทำได้ทั้งในท่านอนและท่านั่ง



การนั่งข้างขอบเตียง

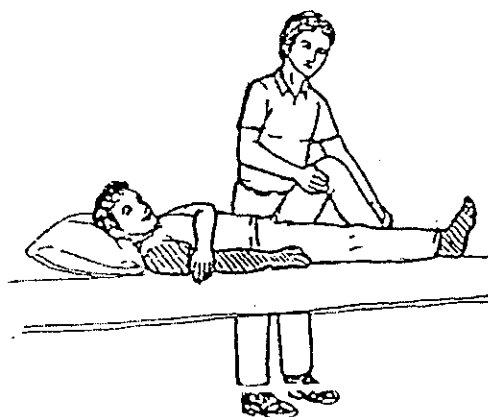
นั่งให้ศีรษะตรง บ่าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน ลำตัวตรงและทิ้งน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง มือทั้งสองข้างวางบนเตียง เท้าวางบนพื้นหรือที่รองเท้า โดยให้น้ำหนักเท่ากันทั้งสองข้าง



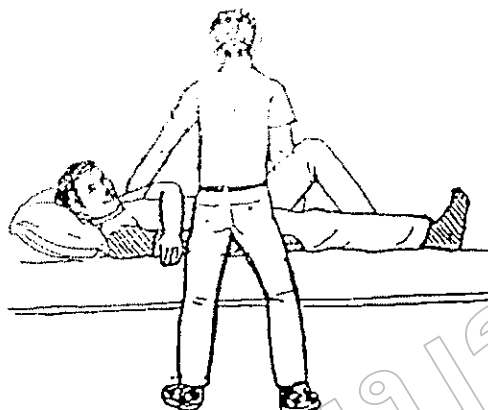
การพลิกตะแคงตัวบนเตียง

การพลิกตะแคงไปยังข้างที่เป็นอัมพาต ทำได้โดย

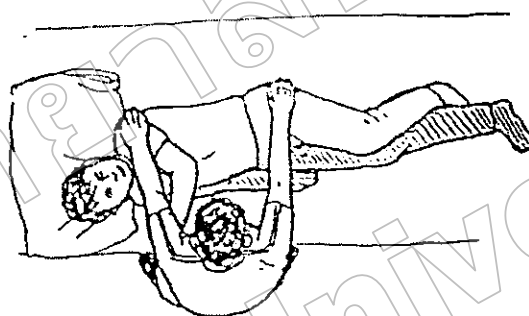
1. เอาแขนข้างที่ดีของผู้ป่วยเอื้อมไปด้านที่อ่อนแรง และชันเข้าขึ้น



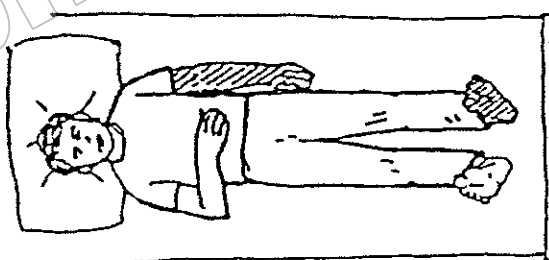
2. ผู้ช่วยยืนด้านที่อ่อนแรง แล้วเอามือสอดไปได้หัวไหล่และสะโพก ข้างตรงข้าม



3. ผู้ช่วยค่อย ๆ ตะแคงตัวผู้ป่วย โดยเอนตัวไปด้านหลัง แล้วเหยียดข้อศอก

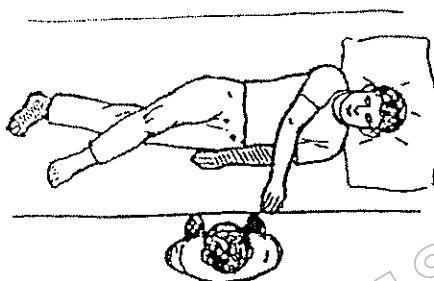


4. จากนั้นจัดท่าผู้ป่วยให้ถูกต้อง โดยใช้หมอนหนุน อย่าให้แขนและขาข้างที่ดีไปทับข้างที่อ่อนแรง



การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง

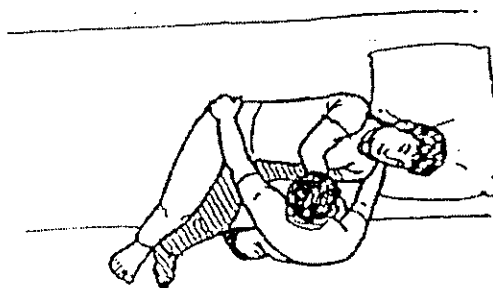
1. ผู้ช่วยยืนทางข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย จับแขนและขาข้างที่ดีให้เอื้อมมาด้านตรงข้าม



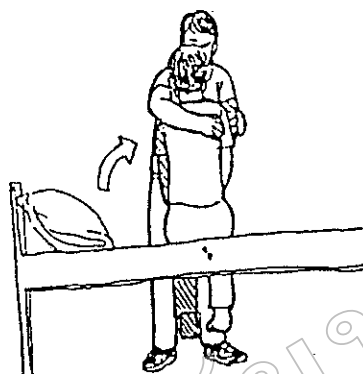
2. งอเข้าทั้ง 2 ข้าง ของผู้ป่วยแล้วกลิ้งให้พ้นขอบเตียง



3. ผู้ช่วยเอามือข้างหนึ่งจับบริเวณสะโพกผู้ป่วยข้างที่ดี ส่วนมืออีกข้างหนึ่งสอดไปได้หัวไหล่ข้างที่อ่อนแรง โดยให้ผู้ช่วยยืนกางขาออกเล็กน้อยและหลังให้อยู่ในแนวตรง



4. จากนั้นให้ยกตัวผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่ง โดยให้ผู้ช่วยถ่วงน้ำหนักจากขาหนึ่งไปยังอีกขาหนึ่ง

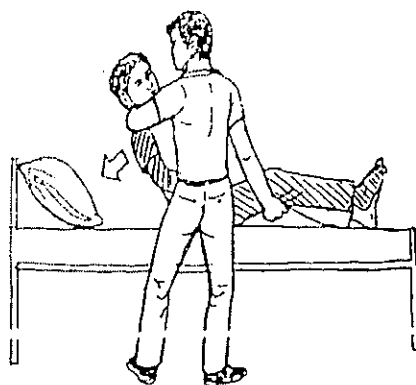


การเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นนอน

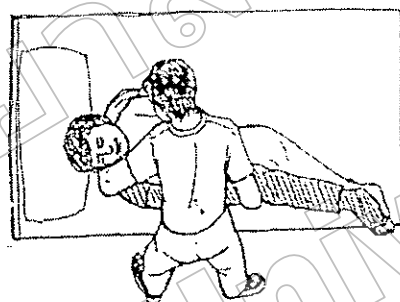
1. ผู้ช่วยยืนทางข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย เอื้อมแขนข้างหนึ่งไปโอบไหล่ผู้ป่วย



2. มืออีกข้างหนึ่งของผู้ช่วยสอดไปที่ใต้ข้อพับเข่าของผู้ป่วยข้างที่อ่อนแรง ค่อย ๆ ประคองผู้ป่วยให้เอนตัวลงบนเตียง



3. ค่อย ๆ วางผู้ป่วยลงบนเตียง โดยตัวผู้ช่วยพยายามให้หลังตรง แตะขาสองข้างแยกออกจากกัน และงอเข่าลงเล็กน้อย



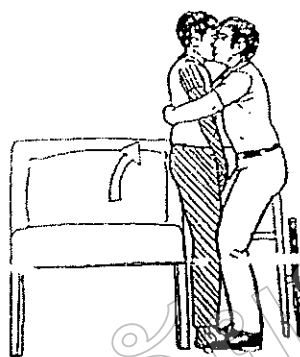
การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย

1. ผู้ช่วยจับตัวผู้ป่วยให้นั่งขอบเตียง เอาทั้งสองข้างวางราบกับพื้น ผู้ช่วยเอามือสองข้างโอบบริเวณหัวไหล่ของผู้ป่วย ปลายเท้าประกบเท้าทั้งสองข้างของผู้ป่วย รดเช็นต้องหันหน้าทะแยงมุมเข้าข้างที่ศีรษะของผู้ป่วย และถือครดเช็นขึ้นขึ้นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง

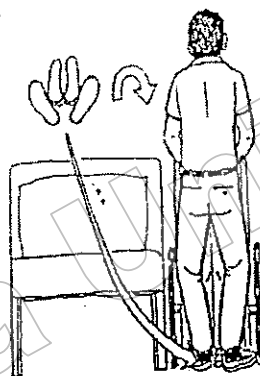


2.ผู้ช่วยค่อย ๆ ประคองตัวผู้ป่วยให้โน้มมาข้างหน้า โดยการเหยียดเข่าและเหยียดหลังให้

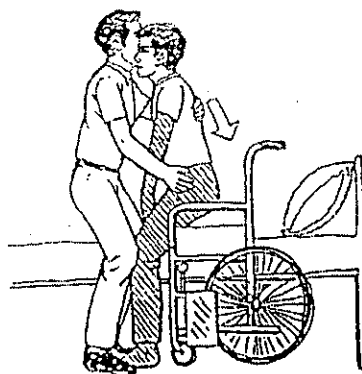
ตรง



3.เมื่อขึ้นได้มั่นคงแล้ว ค่อย ๆ หมุนตัวผู้ป่วยช้า ๆ ไปยังข้างที่ดี แต่ต้องแน่ใจไม่ให้เข่าผู้ป่วยทรุดลง ตัวผู้ช่วยต้องค่อย ๆ หมุนตัวไปพร้อม ๆ กับผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการบิดตัว



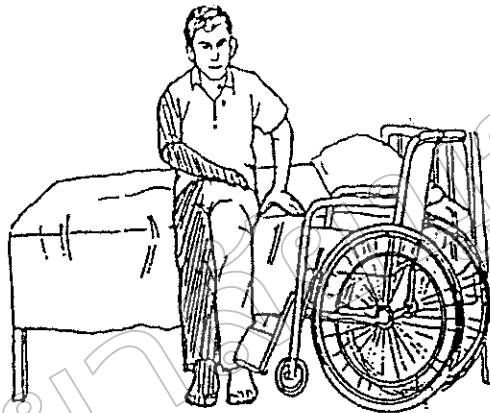
4.ค่อย ๆ หย่อนตัวผู้ป่วยลงนั่ง โดยผู้ช่วยย่อเข่าตนเองลง โดยพยายามให้หลังตรงอยู่เสมอ แต่ต้องแน่ใจว่าขาของผู้ป่วยอยู่ติดกับรถเข็น



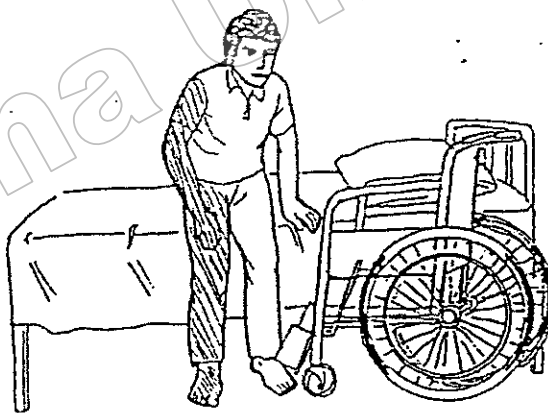
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถเข็น / เก้าอี้ ไปยังเตียงก็มีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน

การเคลื่อนย้ายด้วยตนเอง

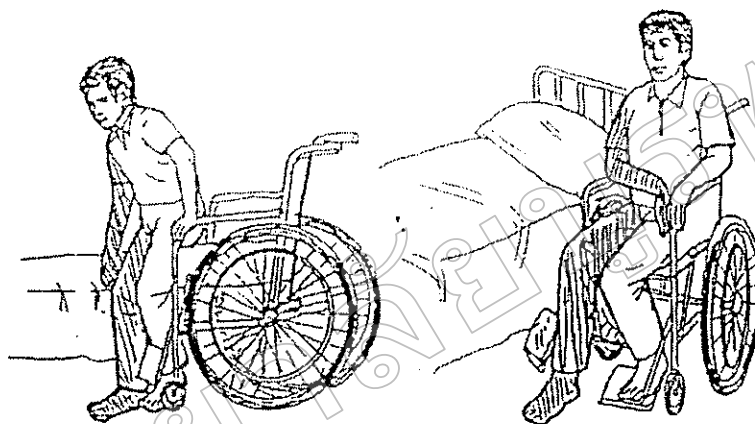
1. จัดรถเข็นหรือเก้าอี้วางตะแคงมุมกับเตียง หันหน้าเข้าชิดทางแขน ขา ข้างที่ดี ล็อก
รถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง



2. ผู้ป่วยโน้มตัวมาข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดียันขอบเตียง ดันตัวให้ลุกขึ้นยืนให้น้ำหนักอยู่
บนขาข้างที่ดี



3. เอ็มแขนข้างที่ดีจับพนักเก้าอี้หรือขอบรถเข็นด้านนอก ค่อย ๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้
เก้าอี้ แล้วหย่อนตัวลงนั่งในเก้าอี้หรือรถเข็น

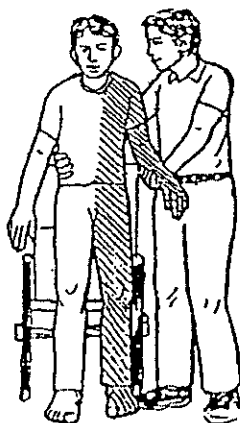


การเคลื่อนย้ายจากรถเข็น หรือเก้าอี้มายังเตียงนอน ก็มีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน

การเดินทาง

1. การเดินทางโดยมีผู้ช่วยประกอบ

ผู้ช่วยควรยืนข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย โดยใช้อ้อมแขนข้างหนึ่งประคองบริเวณเอวของผู้ป่วย
อาจใช้การคาดเข็มขัดแล้วจับบริเวณเข็มขัด ส่วนมืออีกข้างหนึ่งประคองแขนข้างที่อ่อนแรง
หลีกเลี่ยงการดึงรั้ง



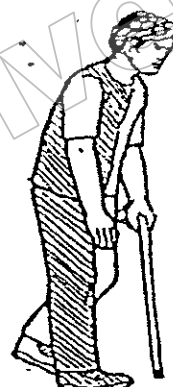
2. การเดินด้วยตนเอง

โดยอาจใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้าสามขา เป็นต้น



ก. เริ่มจากท่ายืนตรงโดยน้ำหนัก
ลงขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน

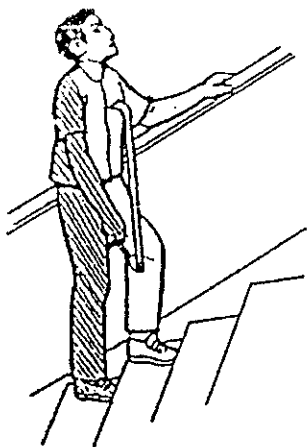
ข. นำไม้เท้าวางเอื้อมไปด้านหน้าของขา



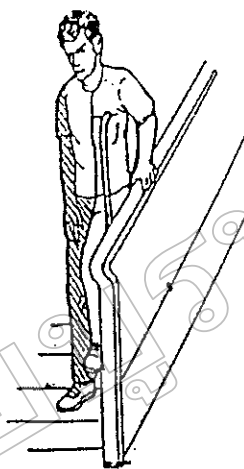
ค. ถ้าวางขาข้างที่เป็นอัมพาตมาด้านหน้าก่อน
โดยถ่าน้ำหนักลงไปที่ไม้เท้าและขาข้าง
ที่เป็นอัมพาต

ง. แล้วจึงถ้าวางขาข้างที่ดีตามมา

3. การขึ้น-ลงบันได



ก. การขึ้นบันไดให้ก้าวขาข้างที่ดีขึ้นก่อน



ข. การลงบันไดให้ก้าวขาข้างที่เป็น
อัมพาตลงก่อน

การทำกิจวัตรประจำวัน

1. การรับประทานอาหาร

จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งที่สมดุล พยายามกระตุ้นผู้ป่วยให้ใช้มือข้างที่อ่อนแรงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ช่วยประคองแก้วน้ำ ตักอาหาร หยิบอาหาร ญาติหรือผู้ดูแลอาจช่วยได้โดยการจัดโต๊ะอาหาร จานชาม ให้เป็นระเบียบและหยิบใช้ได้ง่าย อาจเป็นแผ่นรองจานกันลื่นก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น



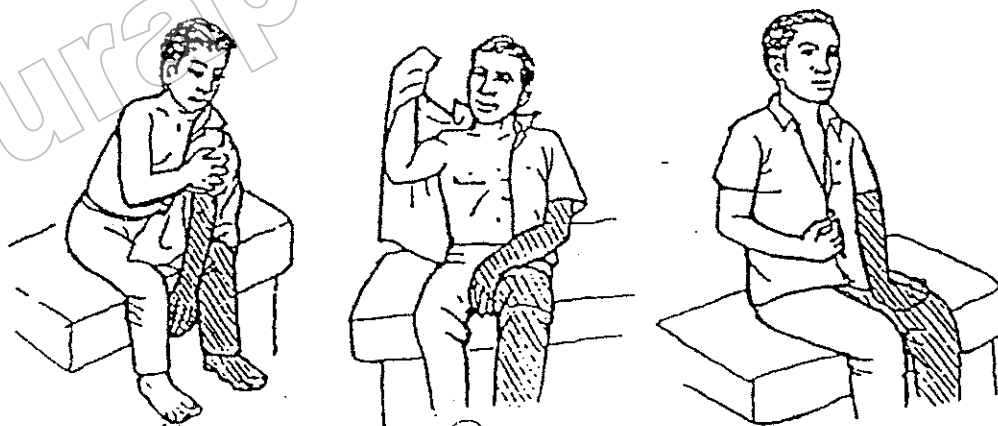
2. การอาบน้ำ

เครื่องมือที่อาจช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำได้ง่ายขึ้น ได้แก่ ฝักบัวที่ใช้มือถือได้ ฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามจับยาว ควรมีแผ่นยางกันลื่นในอ่างอาบน้ำหรือใต้ฝักบัว หรือติดตั้งราวจับที่ผนังของห้องน้ำด้วย เพื่อความปลอดภัยและควรมีเก้าอี้ให้ผู้ป่วยนั่งขณะอาบน้ำ



3. การแต่งตัว

การสวมเสื้อให้เริ่มด้วยการสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน จัดเสื้อให้เข้าที่แล้วจึงสอดแขนข้างที่ดีเข้าไปในเสื้อ แล้วจึงติดกระดุมให้เรียบร้อยโดยใช้มือข้างที่ดี



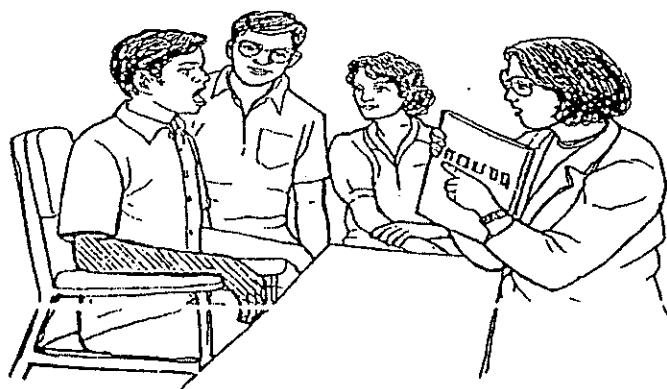
การสวมกางเกง รองเท้า ถุงเท้า ทำได้โดยไขว้ขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นมา เพื่อจะเอื้อมมือไปถึงเท้าได้สะดวก สวมข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อน แล้วจึงสวมข้างที่ดี



ส่วนการถอดให้ถอดข้างที่ดีก่อน แล้วจึงถอดข้างที่อ่อนแรง

การสื่อสาร

ผู้ป่วยอัมพาตอาจมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น พูดไม่ชัด ฟังคำพูดไม่เข้าใจ พูดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อใจ หงุดหงิด ท้อแท้ และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหากญาติไม่เข้าใจปัญหาและแสดงความรำคาญ ดังนั้นญาติควรทำความเข้าใจ มีความอดทนและใจเย็น อาจใช้วิธีการสื่อสารอื่นๆทดแทน เช่น การเขียน การอ่าน หรือใช้รูป สัญลักษณ์แทนคำพูด นักอรรถบำบัดจะช่วยสอนทักษะและสอนญาติเพื่อช่วยฝึกผู้ป่วย นอกจากนี้ เสียงดนตรี หรือการใช้ดนตรีบำบัด ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการพูดดีขึ้น



การกลืนลำบาก

ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเรื่องการกลืน การสำลัก ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในหลอดลม ปอดได้ ก่อนรับประทานอาหารควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือยกหัวเตียงให้สูงขึ้นอย่างน้อย 30 องศา อาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารที่อ่อน ๆ ไม่แข็ง แต่ก็ไม่เหลวจนเกินไป ควรใช้ช้อนตักน้ำทานทีละน้อยแทนการดื่มจากแก้ว เพื่อป้องกันการสำลัก และเมื่อรับประทานอาหารเสร็จ ยังไม่ควรนอนราบทันที ควรนั่งให้ศีรษะสูงไว้ 30-60 นาที หมั่นดูแลรักษาความสะอาดของช่องปาก โดยการแปรงฟันหรือใช้น้ำยาบ้วนปากทุกวัน

การขับถ่าย

การขับถ่าย อาจมีปัญหาเรื่องท้องผูก สามารถแก้ไขได้ด้วยการรับประทานอาหารที่มีกากใย ดื่มน้ำให้เพียงพอ และเคลื่อนไหวร่างกาย ถ้าผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ต้องดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และถุงปัสสาวะควรอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และเปลี่ยนสายสวนทุก 5-7 วัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

การนอน

ผู้ป่วยบางรายอาจมีวงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนไปจากคนปกติ เช่น นอนกลางวันตื่นตอนกลางคืน หรือหลับนอนเป็นช่วง ๆ ต่างจากคนปกติ ญาติควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบในตอนกลางคืน และควรจัดกิจกรรมช่วงกลางวัน เช่น ฝึกเดิน ออกกำลังกายตอนเช้า อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ).
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่ง
พิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษฎา พิรเวช. (มปป.) การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง. ภาควิชาเวชศาสตร์
ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิศาล คันธารัตนกุล และภาริส วงศ์แพทย์.(2543).คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู.กรุงเทพฯ:โฮลิ
สติกพับลิชชิง.
- อรจักร โตษยานนท์.(2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน เสก อักษรานู
เคราะห์ (บรรณาธิการ). ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู(เล่มที่ 2,พิมพ์ครั้งที่ 2,หน้า 537-571).
กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เทคนิค 19.

คู่มือ การส่งต่อผู้ป่วยและการเยี่ยมติดตามของหน่วยงาน เวชกรรมสังคม

ขั้นตอนการรับผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ HHC

1. รับใบส่งต่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย
2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของใบส่งต่อ HHC (ถ้าไม่สมบูรณ์เล็กน้อยให้โทรกลับหอผู้ป่วยที่ส่งมาถ้าไม่สมบูรณ์มากให้ส่งกลับ)
3. ลงทะเบียนในสมุดทะเบียน

รายละเอียดลงทะเบียน

3.1 เลข HHC No. ในใบส่งต่อ HHC กรณีที่เป็นแบบใหม่ คือ ใบสรุปการจำหน่ายของหอผู้ป่วย ให้ถ่ายเอกสาร 1 ชุด ตัวจริงส่ง ward ส่วนสำเนาแยกส่งให้สถานบริการใกล้บ้านและ OPD Card ตามตราบัม HHC

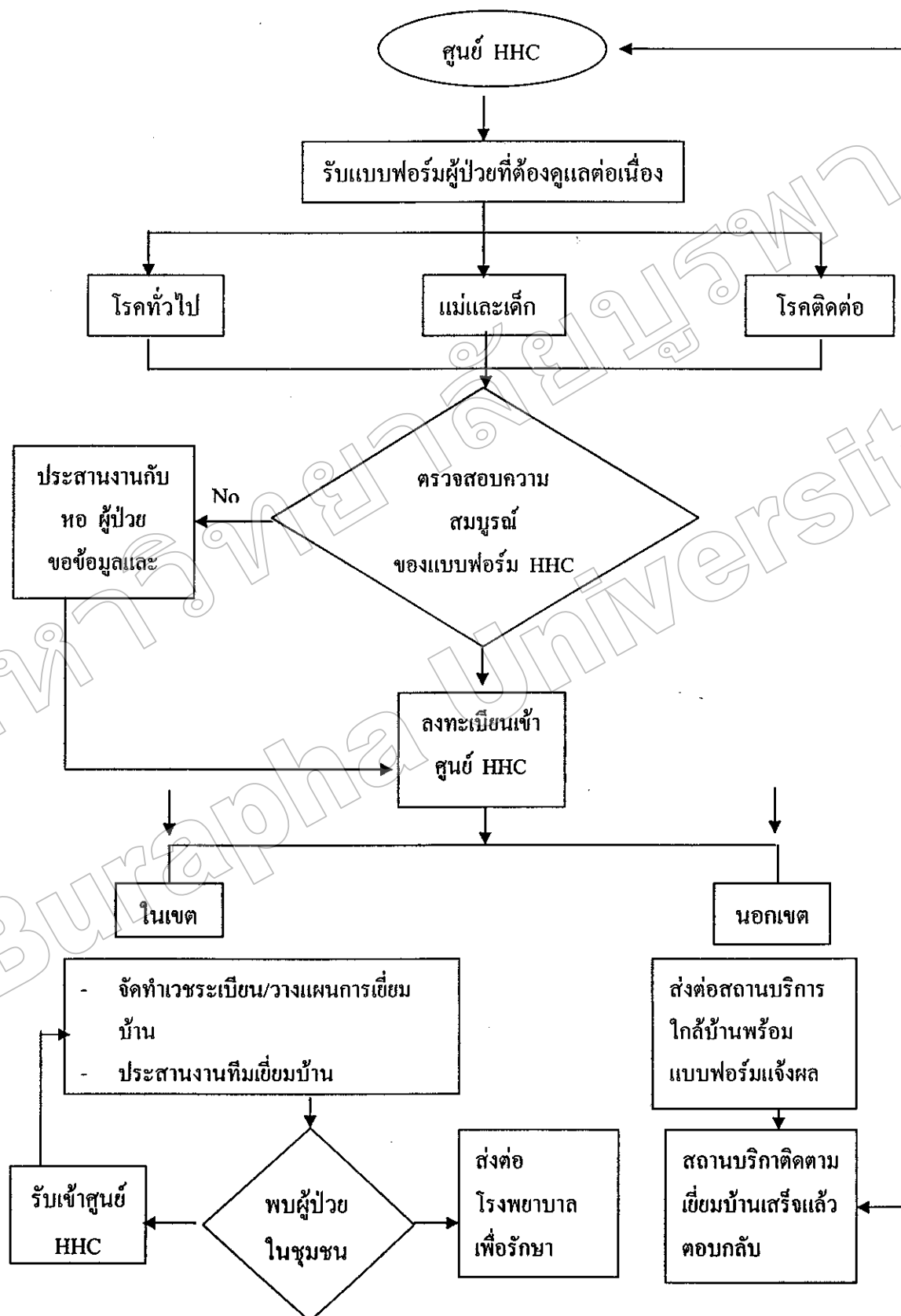
3.2 แบบแบบฟอร์มแบบแจ้งผลการดูแลสุขภาพที่บ้านในกรณีนอกเขตส่งต่อให้สถานบริการใกล้บ้านเลขที่ HHC ของโรงพยาบาล, สถานีอนามัยและชื่อของผู้ป่วยที่ส่งต่อ

3.3 กรณีมีผู้ป่วย และญาติให้ถือแบบส่งต่อ HHC ไปให้สถานบริการใกล้บ้าน กรณีไม่มีญาติจัดส่งทางไปรษณีย์

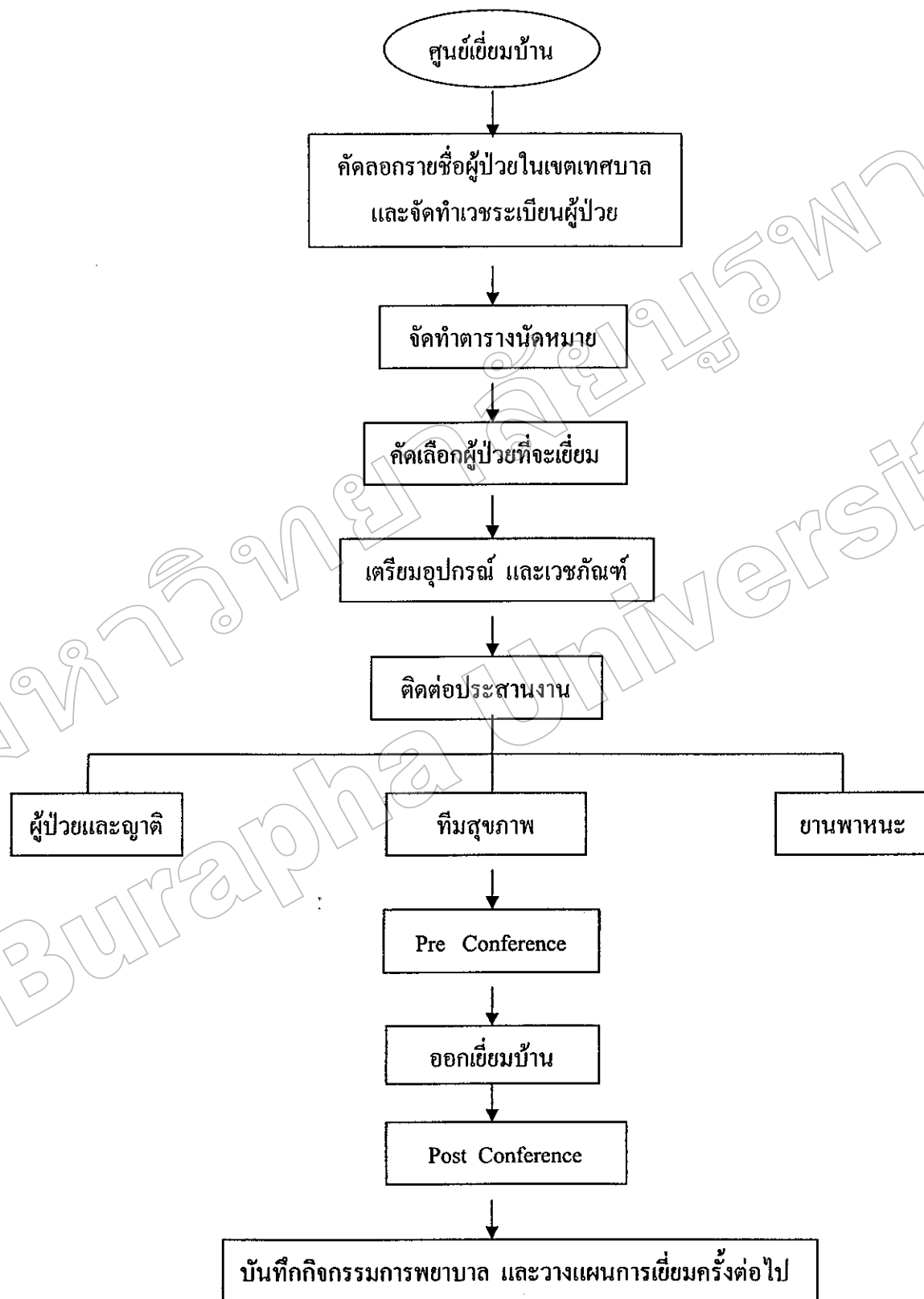
3.4 เขียนใบตอบรับผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ HHC ให้หอผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยในเขตแยกให้ศูนย์เยี่ยมเอง พร้อมถ่ายเอกสารไว้ 1 ชุด ส่งให้เทศบาลนครระยอง

ขั้นตอนการรับผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ HHC



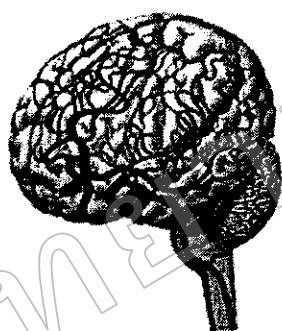
ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน



ภาคผนวก ข

คู่มือ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว



จัดทำโดย

นางนันทวรรณ ชูยิ่งสกุลทิพย์

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ข้อติด โดยเฉพาะจะเกิดขึ้นกับข้อด้านเดียวกับส่วนของร่างกายที่เป็นอัมพาต โดยข้อไหนพบได้มากที่สุด ดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุด คือ การบริหารข้อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

3. ปวดบวมจากการสำลักอาหารลงปอด
4. ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ
5. กระดูกเปราะ และหักง่าย
6. การขับถ่ายผิดปกติ เช่น ท้องผูก
7. บุคลิกเปลี่ยนไป ซึมเศร้า หลงลืม หงุดหงิดง่าย

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

• การดูแลที่จำเป็นมีดังนี้

1. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน ฝ่ามือ และซอกอับ ต่าง ๆ
2. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการถอดหรือสวมใส่เสื้อผ้าในส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเองในการรับประทานอาหาร ทำความสะอาดปากฟันก่อนและหลังให้อาหารทุกครั้ง โดยอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย คืออาหารย่อยง่าย ประุง โดยการต้ม ตุ่น หั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ ง่ายต่อการเคี้ยวกลืน
4. ดูแลเรื่องการขับถ่าย และทำความสะอาดหลังขับถ่าย
5. ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ
6. รักษาทางเดินหายใจให้โล่ง หมั่นขจัดเสมหะในปาก คอ และทางเดินหายใจออกให้หมด ผู้ป่วยที่สามารถหายใจได้เองตามปกติและช่วยตัวเองได้บ้างในการเคลื่อนไหว พยายามให้ผู้ป่วยได้ฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ในตอนเช้าที่อากาศบริสุทธิ์ การยกแขนขึ้นลง แกว่งแขน หรือเดินตามสภาพที่ทำได้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดไปที่ปอด
7. ดูแลรับประทานยาให้ถูกต้องครบถ้วนตามแพทย์สั่ง
8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย
9. ดูแลความสะอาดของผิวหนัง สังเกตรอยแดง หรือรอยถลอกของผิวหนัง
10. สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น มีไข้ ท้องอืด ผิวหนังแดง ถ้าพบรีบแก้ไขถ้าเป็นมากแก้ไขไม่ได้มาพบแพทย์
11. ฝ้าสังเกตอาการของโรคร่วม เพื่อช่วยเหลือได้ทันท่วงที เช่น โรคเบาหวานอาจมีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป โรคความดันโลหิตสูงอาจมีอาการปวดศีรษะมาก
12. พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตรวจตามนัด



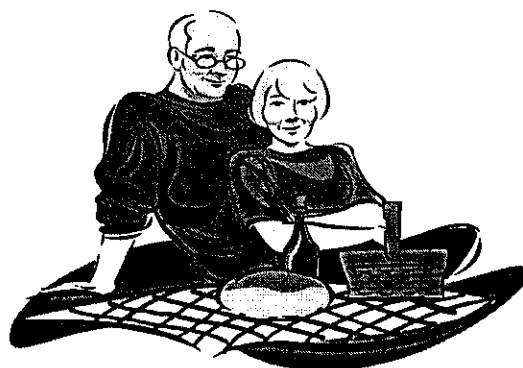
13. ให้ผู้ป่วยได้รับทราบความจริงรอบตัวเหมือนปกติ เช่น จัดหาโทรทัศน์ วิทยุ ปฏิทิน
14. เป็นกำลังใจและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหา และความพิการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม
15. ไม่พูดในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ล้มหวัง หดกำลังใจ หรือรู้สึกเป็นภาระแก่ครอบครัว
16. กล่าวชมเชย เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้
17. ปรับวิธีการที่จะติดต่อกับผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น พูดกับผู้ป่วยช้า ๆ ชัด ๆ และตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
18. จัดสิ่งแวดล้อม และของใช้ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย และสะดวกในการหยิบใช้

อาการและอาการแสดงที่ต้องพาผู้ป่วยมา รพ.

1. มีไข้ติดต่อกัน ให้ยาแล้วไข้ไม่ลด
2. ไอมีเสมหะเป็นหนอง หรือสีสนิม
3. ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นเหม็น
4. เป็นแผลที่ผิวหนัง
5. แขน ขา อ่อนแรง หรือสูญเสียความรู้สึกมากขึ้น
6. ซึมเศร้า ไม่ยอมทำกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ

สรุป

• โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้วมักทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้มีกำลังอยู่เสมอ รวมทั้งป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองในสิ่งที่ทำได้ ส่วนผู้ดูแลก็ช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ นอกจากนี้ก็เป็นกำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หากปฏิบัติได้ดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้



ภาคผนวก ข

แบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย (ประยุกต์จาก เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ , 2544)

ผู้ป่วยที่พูดได้

1. ท่านอายุเท่าไร
2. ท่านอาศัยอยู่จังหวัดอะไร
3. โรงพยาบาลที่ท่านพักอยู่ชื่ออะไร
4. ผู้ที่เฝ้าท่านอยู่มีอาชีพอะไร มีความสัมพันธ์กับท่านอย่างไร
5. ผู้ที่สัมภาษณ์ท่านอยู่มีอาชีพอะไร และขณะนี้เป็นเวลาใด....(เช้า,สาย,บ่าย,เย็น,ค่ำ)

ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้

1. ให้ผู้ป่วยชี้สิ่งของตามคำบอกที่อยู่ใกล้ตัว เช่น แก้วน้ำ พัดลม ผ้าม่าน เป็นต้น
2. โรงพยาบาลนี้ชื่อ..... ใช่หรือไม่ ถ้าใช่ให้พยักหน้า ถ้าไม่ใช่ให้ส่ายหน้า
3. ให้เขียนชื่อ-นามสกุลตัวเอง ถ้าสามารถรู้และเขียนหนังสือได้
4. ผู้ที่เฝ้าท่านอยู่ขณะนี้มีความสัมพันธ์กับท่านโดยเป็น..... ถ้าใช่ให้พยักหน้า
ถ้าไม่ใช่ให้ส่ายหน้า
5. ขณะนี้เป็นช่วง...(เช้า,สาย,บ่าย,เย็น,ค่ำ)...ของวันใช่หรือไม่ ถ้าใช่ให้พยักหน้า
ถ้าไม่ใช่ให้ส่ายหน้า

โดยก่อนที่จะรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องมีการประเมินก่อน
ทุกราย โดยผู้ป่วยต้องสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องทุกข้อ

ภาคผนวก ก

แบบประเมินระดับการรู้สติโดยใช้ Glasgow Coma Scale

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าคะแนน	พฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วย
การลืมตา	() 4	ลืมตาได้เอง : สามารถลืมตาเองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น แต่เป็นการลืมตาที่แสดงถึงการตื่นตัว
	() 3	ลืมตาเมื่อเรียก : ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยคำพูด
	() 2	ลืมตาเมื่อเจ็บ : ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	() 1	ไม่ลืมตาเลย : ไม่ลืมตาเลยแม้จะกระตุ้นด้วยอะไรก็ตาม
การพูดที่ดีที่สุด	() 5	พูดรู้ได้ ไม่สับสน : สามารถรู้เวลา สถานที่ บุคคล ให้เหตุผล และข้อมูล ส่วนตัวได้
	() 4	พูดรู้ได้แต่สับสน : ตอบไม่ตรงคำถาม แต่ใช้ภาษาได้ถูกต้อง
	() 3	พูดเป็นคำๆ : สามารถพูดได้เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค และใช้คำพูดไม่เหมาะสม
	() 2	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด : เปล่งเสียงในลำคอไม่เป็นคำพูด ฟังไม่เข้าใจ
	() 1	ไม่เปล่งเสียงเลย : ไม่มีเสียงออกมาจากผู้ป่วยแม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด	() 6	ทำตามคำสั่ง : สามารถเคลื่อนไหวแขน ขา ตามคำสั่งได้และทำซ้ำๆ ได้
	() 5	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ : สามารถเอามือมาปิดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือรู้ตำแหน่งของความเจ็บปวดโดยเอามือมาลูบหรือถูบริเวณเจ็บปวดได้
	() 4	ชักแขนขาหนี : ไม่รู้ตำแหน่งที่เจ็บปวด เมื่อถูกกระตุ้นผู้ป่วยจะมีอาการเคลื่อนไหวของแขน และขา
	() 3	แขนงออย่างผิดปกติ : ผู้ป่วยอยู่ในท่าอแขนเอง หรืองอเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	() 2	แขนเหยียดอย่างผิดปกติ : ผู้ป่วยอยู่ในท่าเหยียดแขนเอง หรือเหยียด เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	() 1	ไม่เคลื่อนไหวเลย : ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย แม้จะถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด หรืออยู่ในระยะอ่อนปวกเปียก
คะแนนที่ได้		