

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่ 4 / 2565 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2565)

ต้นฉบับ

ผู้ลงนาม/กรรมการ

(นางสาววชิรา โนนกลาง)



คู่มือการปฏิบัติงาน

เรื่อง คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาววิภารัตน์ โนนกลาง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11420)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11420)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีลักษณะหลากหลาย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลันมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและความพิการสูง หากได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความชำนาญและทักษะเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและลดความพิการให้มากที่สุด ดังนั้นจึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้บุคลากรพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่มาศึกษา และสามารถนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้จัดทำขอขอบพระคุณ นางสาวณัฐพิมล วงศ์เชษฐา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม นางอรษา พิริยะสุรวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B และนางสาวนุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลประจำห้องตรวจประสาทวิทยาที่ได้กรุณาตรวจสอบ พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้มา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาววิภารัตน์ โนนกลาง

มิถุนายน 2564

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตของกลุ่มปฏิบัติงาน	2
คำจำกัดความเบื้องต้น	3
บทที่ 2 โครงสร้างและหน้าที่รับผิดชอบ	
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	4
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	8
โครงสร้างการบริหาร	10
บทที่ 3 หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน	
หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน	12
วิธีการปฏิบัติงาน	14
เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่คำนึงในการปฏิบัติงาน	16
แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน	16
บทที่ 4 เทคนิคการปฏิบัติงาน	
แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน	19
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	20
วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน	30
จรรยาบรรณ/คุณธรรม/จริยธรรมในการปฏิบัติงาน	31
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ	
ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	32
แนวทางแก้ไขและพัฒนา	32
ข้อเสนอแนะ	32
บรรณานุกรม	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	35
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันและ	
การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง	
ภาคผนวก ข	46
แบบประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท	
ภาคผนวก ค	51
แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	
ภาคผนวก ง	53
แบบบันทึกสัญญาณชีพและ	
แบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต	
ภาคผนวก จ	56
แบบประเมินผู้รับบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย	
ภาคผนวก ฉ	62
แบบประเมินการกลืน	
ภาคผนวก ช	65
แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	
ภาคผนวก ซ	68
การวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD	
ประวัติผู้เขียน	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ เนื่องจากการตรวจพบผู้ป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของทั่วโลก และประชากรทั่วโลกเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization: WSO, 2559) และจากสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็งและเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2555 - 2559 คิดเป็นร้อยละต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3 และ 48.7 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการและลักษณะทางคลินิกของโรคที่แตกต่างกัน เมื่อมีภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบ/อุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้เนื้อสมองขาดพลังงานและตายไป การตายของสมองนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ตำแหน่ง ขนาดและระยะเวลาของการขาดเลือดทำให้การดำเนินโรค การให้ยารักษาโรค การตอบสนองต่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและเกิดภาวะทุพพลภาพของโรคหลอดเลือดสมองหรือมีอาการแย่งจะนำไปสู่ความพิการที่มากขึ้นและอาจทำให้เสียชีวิตได้ในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลจากการได้รับการรักษาดูแลที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่อยู่ในระยะวิกฤตที่มีความซับซ้อนในช่วงสัปดาห์แรกของการรับไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันมีลักษณะหลากหลาย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่งหรือทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงทักษะเฉพาะด้านการประเมินและแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การประเมินภาวะทางอายุรกรรมที่ทำให้มีการขาดเลือดของสมองเพิ่มมากขึ้น ภาวะทางอายุรกรรมที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ภาวะสมองบวมที่อาจทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: IICP) ภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นในบริเวณที่มีรอยโรคอยู่เดิมหรือภาวะที่เกิดจากมีเลือดออกภายในเนื้อสมองที่ขาดเลือด (hemorrhagic transformation) เป็นต้น

จากสถิติการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในปีงบประมาณ 2561 - 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันทั้งหมด 228 ราย และ 225 ราย ตามลำดับ พบว่ามีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน มีจำนวน 4 ราย และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.76 และ 1.77 ตามลำดับ (งานเวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2562) จากการทบทวนการเกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงพบว่า พยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และการประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological sign) ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องในแต่ละเวร เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากเหตุผลดังกล่าวจึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง เล่มนี้เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการประเมินผู้ป่วยและการเฝ้าระวังอาการแย่ลงหรือภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (progressive stroke) ได้อย่างถูกต้อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรพยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
2. บุคลากรพยาบาลสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
3. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

ขอบเขตของคู่มือปฏิบัติงาน

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดหนักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใช้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B เริ่มใช้เมื่อเดือนมีนาคม 2563

คำจำกัดความเบื้องต้น

โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน คือ ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือดในสมองที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงหรือภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง (progressive stroke) คือ โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการมากขึ้น อาการที่เป็นมากขึ้นนั้นอาจเป็นอาการเดิมที่เป็นอยู่แต่มีความรุนแรงมากขึ้นหรือมีอาการอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่

1. alteration of consciousness (glasgow coma score : GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน)
2. motor power ลดลง ≥ 1 คะแนน
3. มีอาการปวดศีรษะมาก อาเจียนพุ่ง รูม่านตาเปลี่ยนแปลง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง (complication) คือ ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดร่วมกับอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ได้แก่

1. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP)
2. ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirate pneumonia)
3. ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection: UTI)
4. พลัดตกหกล้ม (falls)
5. แผลกดทับ (pressure injury)
6. ข้อติด (rigid joint)
7. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis: DVT)

บทที่ 2

โครงสร้างและหน้าที่รับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B มีบุคลากรปฏิบัติงาน ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ 16 คน พยาบาลเทคนิค 6 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เจ้าพนักงานธุรการ 1 คน พนักงานทั่วไป 3 คน

หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย

1. วางแผนการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาล ให้คำปรึกษาและประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
2. เป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต มีปัญหาซับซ้อน ที่ต้องการความชำนาญหรือความสามารถพิเศษ
3. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย นวัตกรรม ประยุกต์วิธีการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสม ทันสมัยต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการพยาบาล
4. ให้การนิเทศงานการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคที่บรรจุใหม่ พร้อมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน
5. ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการบริหาร ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. มีส่วนร่วมและส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบเข้าร่วมกิจกรรม โครงการต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
7. จัดส่งบุคลากรไปประชุม อบรม ตามความเหมาะสมของแต่ละคนเพื่อให้ได้รับความรู้ และวิทยาการที่ก้าวหน้าใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน
8. ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารบุคลากร ได้แก่ แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลและพนักงานทั่วไป
9. กระตุ้นและส่งเสริมให้ทีมบุคลากรทางการพยาบาลวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กำกับ ติดตาม ให้มีการดำเนินการตามแผนการจำหน่าย โดยร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วย บุคลากรในทีมสุขภาพ
10. เป็นผู้นำปรัชญา นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจของคณะแพทยศาสตร์และฝ่ายการพยาบาล ให้มีการนำไปเป็นแนวทางในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน
11. ติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพทางการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

ได้แก่ ทบทวนผลการปฏิบัติงานของทีมบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เน้นความจำเป็นที่ต้องปรับปรุง การดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น เฝ้าระวังและทบทวนข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการบริการแต่ละรอบเดือน สุ่มทบทวนวิเคราะห์คุณภาพการพยาบาลจากเวชระเบียน การเฝ้าระวังผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมง ประชุมปรึกษาเพื่อค้นหาวิธีการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ควบคุม กำกับให้ทีมบุคลากรปฏิบัติตามแผน กรณีเกิดปัญหาให้วินิจฉัยสั่งการเพื่อแก้ไขปัญหา ดูแลความถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการรักษาพยาบาล

12. บริหารบุคลากรในหอผู้ป่วยโดยจัดตารางเวรให้เหมาะสมกับปริมาณงาน ด้วยการจัดสรร อัตราค่าจ้างที่เหมาะสมในแต่ละเวร จัดระเบียบการลาพักผ่อนให้เหมาะสม

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment)

1.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล

1.2 การติดตามเฝ้าระวังและประเมินปัญหา ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

1.3 รวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล/การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลทางการพยาบาล

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (symptom distress management) หมายถึง การช่วยเหลือหรือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามต่อชีวิต การคลื่นไส้อาเจียน ปวด นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัว เป็นต้น

3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for patient safety)

3.1 การจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.2 การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์จำเป็นที่ต้องใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อม หรือไม่ปลอดภัย

3.3 จัดการ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (prevention of complication) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใด ๆ ที่เป็นไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละรายหรือแต่ละกลุ่มโรค/อาการ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย/อวัยวะด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นต้น

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การใช้ยา การปฏิบัติตามตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด ทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนส่งต่อ ไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย (Enhancement of patient satisfaction) กิจกรรมการพยาบาล บนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวด้วยบุคลิกภาพ ที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลเทคนิค

1. ปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ประเมินสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง
2. เฝ้าระวัง และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเพื่อดำเนิน การพยาบาลเบื้องต้นและแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบ
3. จัดเตรียม ดูแล บำรุงรักษา เครื่องมือในการตรวจรักษาพยาบาล เพื่อให้เครื่องมือพร้อมใช้ ให้บริการผู้ป่วยตลอดเวลา
4. ช่วยเหลือแพทย์และพยาบาลในการทำหัตถการต่าง ๆ
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อความปลอดภัยและความสุขสบาย ของผู้ป่วย

6. ประชาสัมพันธ์ แนะนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
7. กำกับดูแลการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงานระดับรองลงมาเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
8. ทำความสะอาดอุปกรณ์ทางการแพทย์และส่งมอบมาเพื่อให้พร้อมใช้

หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ช่วยเหลือคนไข้

1. ช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนเครื่องแต่งกายเมื่อรับใหม่ รับย้าย และจำหน่าย
2. แนะนำเตียง ห้องพัก สถานที่ต่างในหอผู้ป่วย รวมทั้งระเบียบปฏิบัติในหอผู้ป่วย
3. ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีลักษณะงานที่ไม่ยุ่งยาก ชับซ้อน ได้แก่ การช่วยเหลือด้านสุขอนามัยเบื้องต้น ความสุขสบาย และความปลอดภัยตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม พร้อมพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รายงานพยาบาลทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
4. จัดเตรียมเสื้อผ้าผู้ป่วย อุปกรณ์รับใหม่ อุปกรณ์ที่ใช้ประจำวันภายในหอผู้ป่วยให้ครบถ้วน และเพียงพอ
5. วัดปรอท ชั่งน้ำหนัก เทปัสสาวะ อุจจาระ สารคัดหลั่งทิ้ง และดูแลความสะอาดภาชนะที่รองรับ
6. บำรุงรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้ในการบริการหลังเสร็จสิ้นการใช้งานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา
7. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ 5 ส

หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าพนักงานธุรการ

1. รับและจัดส่งเอกสาร ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิมพ์หนังสือราชการที่ได้รับมอบหมาย
2. ช่วยรับและต่อโทรศัพท์เพื่อติดต่อประสานงานต่าง ๆ เช่น ขอรถนั่ง เพลนอน ในการส่งผู้ป่วยไปตรวจตามหน่วยต่าง ๆ หรือย้ายไปยังหอผู้ป่วยอื่นหรือส่งผู้ป่วยกลับบ้าน
3. รวบรวมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้แล้ว โดยนับจำนวนอุปกรณ์และเครื่องมือให้ครบถ้วน และเขียนใบแจกของไปยังหน่วยเวชภัณฑ์กลางของโรงพยาบาล
4. ตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และของใช้ประจำวันให้ครบถ้วน และเพียงพอในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย
5. ช่วยบันทึกข้อมูลการเบิกของใช้ประจำวันตามที่หัวหน้าหอผู้ป่วยเบิก เช่น เบิกน้ำยา ผ้าผู้ป่วย พัสตุเวชภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเซ็นเบิกต่อไป
6. ช่วยเขียนใบส่งซ่อมเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้สถานที่ เสนอหัวหน้าหอผู้ป่วย ลงนามการซ่อมพร้อมติดตามการซ่อมและบันทึกการซ่อมต่าง ๆ ทุกครั้ง

7. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การส่งตรวจทางคลินิก นัดผู้ป่วย เบิกอาหารผู้ป่วย บันทึกการทำหัตถการตามที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน

8. ติดต่อประสานงานยืมเวชระเบียนเก่าของผู้ป่วยที่เคยมาการรักษาเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องโดยมีแพทย์หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ลงนามยืมเวชระเบียน

9. จัดเตรียมชุดเอกสาร เวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยรับใหม่ และรวบรวมรายงานเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย และจัดส่งให้แพทย์เพื่อสรุปเวชระเบียนต่อไป

10. รวบรวมเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านแล้วส่งเวชระเบียน

11. สำนวณและเบิกรายงานเอกสารที่ใช้ประจำวันในหอผู้ป่วยให้มีจำนวนเพียงพอ เสนอหัวหน้าผู้ป่วยเพื่อลงนามเบิก

12. สำนวณและเบิกอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งตรวจทางหัตถการ เช่น Tube เจาะเลือด ขวดสำหรับใส่เสมหะ/ปัสสาวะ/อุจจาระเพื่อส่งตรวจ

13. ช่วยลงบันทึกจำนวนผู้ป่วยรับใหม่ จำหน่าย ย้าย หรือถึงแก่กรรมในสมุดสถิติ และในคอมพิวเตอร์

14. รวบรวมสถิติจำนวนผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลสรุปประจำเดือน

หน้าที่ความรับผิดชอบของพนักงานทั่วไป

1. ดูแลทำความสะอาดเตียง โต๊ะข้างเตียง สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม ภายในหอผู้ป่วย ให้สะอาด เป็นระเบียบ และเปลี่ยนผ้าปูเตียงผู้ป่วย

2. รับผ้าของผู้ป่วย

3. ทำความสะอาดอุปกรณ์รองรับปัสสาวะ อุจจาระผู้ป่วย

4. นำใบเบิกยาและเบิกเวชภัณฑ์ตามที่ได้รับมอบหมาย

5. ดูแลช่วยเหลือ เช่นผู้ป่วยรถนั่ง - เพลนอน ไปทำหัตถการ ตรวจพิเศษนอกเวลาราชการ

6. แจกอาหารผู้ป่วย

7. รับส่งสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย

8. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

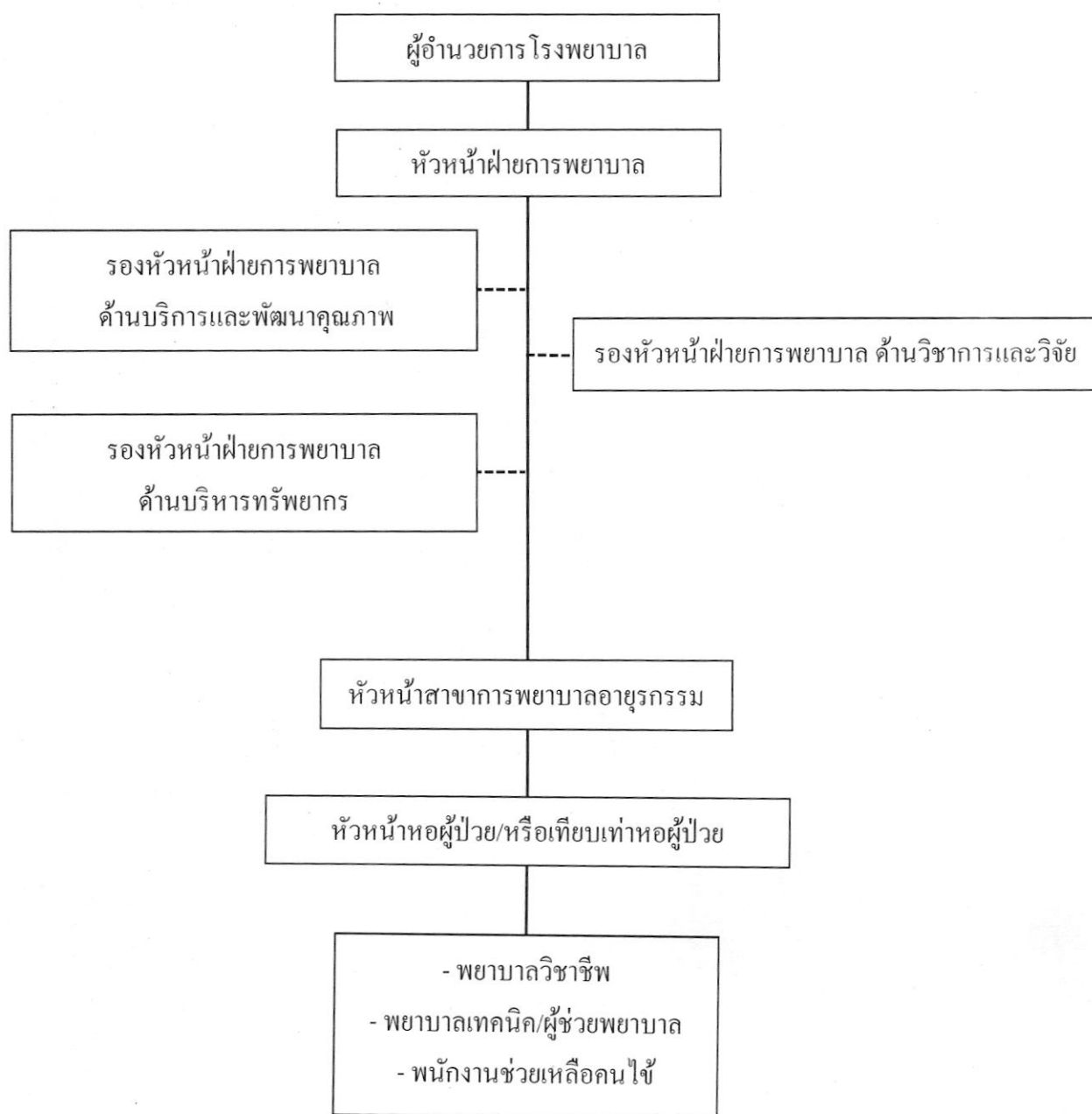
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B เป็นหอผู้ป่วยสามัญด้านอายุรกรรมให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 25 เตียง ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่นัดมา ทำหัตถการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หัตถการทางอายุรกรรม ผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 21 เตียง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จำนวน 4 เตียง โดยรับผู้ป่วยจากห้องตรวจต่าง ๆ ดึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน รับย้ายหอผู้ป่วยอื่น รวมทั้งรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยผ่านศูนย์

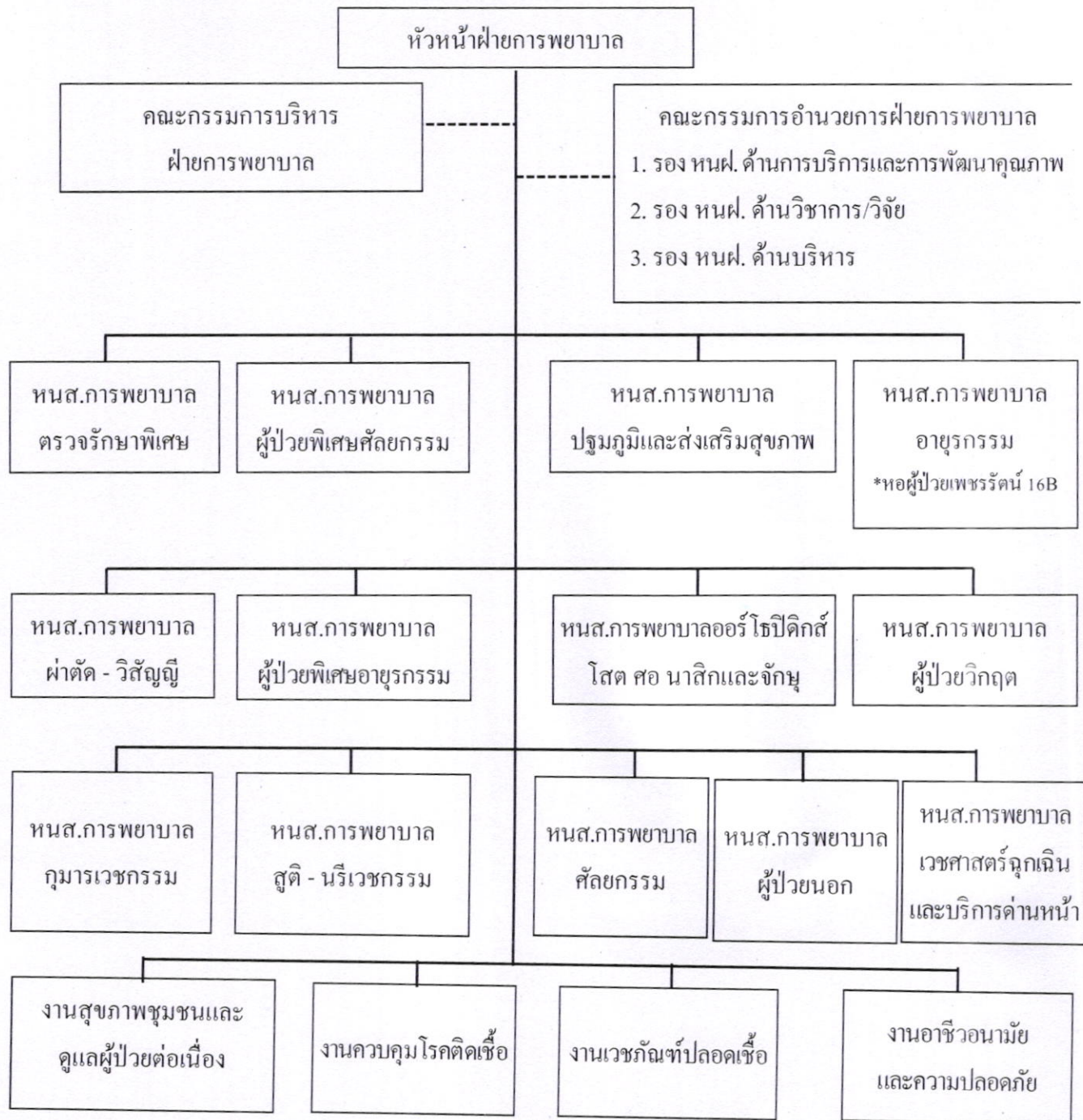
admission center กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ มีภาวะวิกฤตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์จะพิจารณาย้ายหออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยสามัญ ตลอดจนมีระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ประสานร่วมกับหน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช บุคลากรพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวรผลัดโดยเวรเช้า มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ 5 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เวรบ่าย มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ 4 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน เวรคึกมีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ 4 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และมีจำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยทั้งหมด ดังนี้

1. แพทย์ประจำหอผู้ป่วย ระดับอาจารย์ 1 คน แพทย์ประจำบ้านปี 3 จำนวน 1 คน และแพทย์ประจำบ้านปี 1 จำนวน 2 คน
2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน
3. พยาบาลเทคนิค จำนวน 6 คน
4. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 1 คน
5. เจ้าหน้าที่งานธุรการ 1 คน

โครงสร้างการบริหาร



แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบริหารบัญชาการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา(2563)



หมายเหตุ : รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล มีวาระการปฏิบัติงานตามวาระการดำรงตำแหน่งของ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และเป็นภาระงานคู่ขนานไปกับภาระงานปกติ ประกอบด้วย
หัวหน้าสาขาการพยาบาล หัวหน้างาน หัวหน้าตึก และนักวิชาการพยาบาล

แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างองค์กร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา(2563)

บทที่ 3

หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานในการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานทางการพยาบาลที่มีความปลอดภัย ป้องกันไม่ให้สมองถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ รวมทั้งร่วมวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใน (องค์พยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว, 2561) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาโดยพักค้างในโรงพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในต้องใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และสามารถดูแลตนเองพร้อมที่จะกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยมีมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาล 11 มาตรฐาน ดังนี้

1.1 มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย และสื่อสารข้อมูลที่ประเมินได้ระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

1.2 มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้เพื่อตัดสินใจ ระบุปัญหาและความต้องการการพยาบาลหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง

1.3 มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

1.4 มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง

1.5 มาตรฐานที่ 5 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ การสอนและฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละวัน ตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรค

1.6 มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

1.7 มาตรฐานที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ผสมผสานกับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.8 มาตรฐานที่ 8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลคุ้มครองภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย และการกลับเป็นซ้ำของโรค ครอบคลุมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การตายอย่างไม่คาดคิด การเกิดแผลกดทับและ/หรือความพิการที่สามารถป้องกันได้ การป้องกันอันตรายจากการตรวจ/หัตถการ/เครื่องมือพิเศษ/ยา/สารเคมี

1.9 มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุม ปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้อง และเหมาะสม

1.10 มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าของความเป็น มนุษย์ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

1.11 มาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ปฏิบัติตามแนวทางเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยตามหลัก 2P safety
(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

2.1 ผู้ป่วยปลอดภัย

- 1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- 2) ผู้ป่วยปลอดภัยจากควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
- 3) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยาและการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
- 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย การระบุตัวผู้ป่วยให้ชัดเจนถูกต้อง
- 5) การดูแลสายหรืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปลอดภัย
- 6) การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ปลอดภัย

2.2 นวัตกรรมปลอดภัย

- 1) การสื่อสารข้อมูลที่ปลอดภัย
- 2) การป้องกันบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- 3) การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร
- 4) การทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรขณะปฏิบัติงาน
- 5) การใช้ทรัพยากรบุคคลเงินที่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงานของบุคลากร
- 6) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร

วิธีการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันมีลักษณะหลากหลาย มีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตโดยมีวิธีการปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการรับใหม่

1.1 พยาบาลหัวหน้าทีมประเมินและจำแนกสภาพของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้งว่าเป็นผู้ป่วยประเภทใด เพื่อจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในโซนที่เหมาะสม โดยประเมินจาก

- 1) แบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต(National early warning score : NEWS)

(ภาคผนวก ง)

2) แบบประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท(neurological sign) แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma score) ได้แก่ การลืมตา (eye opening = E) การสื่อภาษาที่ดีที่สุด (best verbal response : V) และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (best motor response : M) (ภาคผนวก ข)

3) ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตามแบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ (ภาคผนวก ค) ได้แก่

1-4 = Mild stroke

5-14 = Mild to Moderate stroke

15-24 = Severe stroke

25-42 = Very Severe stroke

1.2 เตรียมเตียงและอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง ได้แก่ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor) เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ (infusion pump) และออกซิเจน เป็นต้น และเตรียมเอกสารประกอบการรับผู้ป่วยเข้ารักษาพยาบาล (ชุดรับใหม่)

2. การประเมินผู้ป่วย

2.1 ประเมินผู้ป่วยแรกรับโดยใช้การประเมินตามแบบประเมินผู้รับบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย อาการสำคัญที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินการกลืนภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล

2.2 การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท (neurological sign) ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma score), การประเมินขนาดรูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง (pupil) การประเมินกำลังความเคลื่อนไหวของแขนขา (motor response) และการประเมินกำลังของแขนขา (motor power) อย่างถูกต้อง

2.3 ประเมินสัญญาณชีพ (vital signs) ระดับออกซิเจนในเลือดแดงส่วนปลาย (SpO2) และ ประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (national early warning score : NEWS)

2.4 รายงานแพทย์เพื่อตรวจร่างกายผู้ป่วย ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินรายงานแพทย์ ภายใน 5 นาที ผู้ป่วยที่มีอาการทั่วไปคงที่รายงานแพทย์ภายใน 1 ชั่วโมง

3. การวางแผน

การวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ตอบสนองต่อปัญหาทางด้านร่างกายจิตใจของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วย และปฏิบัติตามเป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วย เพื่าระวังภาวะแทรกซ้อนและ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และวางแผนจำหน่ายตั้งแต่เริ่มแรกตามหลัก D-METHOD

4. การดูแลรักษา

ตรวจสอบแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนและถูกต้องตามแผนการรักษา เพื่าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: IICP), ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirate pneumonia) ภาวะติดเชื้อในร่างกาย หลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน แผลกดทับ พัลลัดตกหล่น เป็นต้น ประเมินทุกเวรหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

5. การวางแผนจำหน่าย

วางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกได้รับร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ค้นหาผู้ดูแลหลัก (care giver) ระบุปัญหาและความต้องการที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีสายคาอุปกรณ์ต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลต้องได้รับการสอน/สาธิต ฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ประเมินผู้ป่วยถึงความจำเป็น ที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีสายคาอุปกรณ์ต่าง ๆ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่า 75 คะแนน เป็นต้น บันทึกในแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และ ส่งหน่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามระบบ

เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่คำนึงในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินและแยกประเภทของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัยตามความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย มีสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการปฏิบัติงานที่สำคัญ ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยเฉพาะการประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological signs) ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma score), การประเมินขนาดรูม่านตา ปฏิกิริยาต่อแสง (pupil) การประเมินกำลังความเคลื่อนไหวของแขนขา (motor response) และการประเมินกำลังของแขนขา (motor power) อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม

2. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: IICP) ภาวะสมองบวม พยาบาลจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IICP และสามารถจัดการเมื่อพบภาวะ IICP ได้ทันท่วงที ภาวะเลือดออกตามร่างกาย ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: IICP), ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirate pneumonia) ภาวะติดเชื้อในร่างกาย แผลกดทับ พลัดตกหกล้ม หลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน เป็นต้น

3. การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตตามแบบประเมิน National early warning score (NEWS) ในการประเมินผู้ป่วยและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างถูกต้อง

แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

ผู้จัดทำใช้หลักการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรในการปฏิบัติงาน กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มาเป็นแนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานดังนี้

1. การสื่อสาร โดยใช้หลัก ISBAR (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) ประกอบด้วย

I: identification การระบุชื่อผู้รายงาน

S: situation สถานการณ์ของผู้ป่วยที่ต้องนำมาใช้ในการส่งเวรหรือรายงานผู้เกี่ยวข้อง

B: background การสื่อสารส่งมอบข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วย

A: Assessment บอกกิจกรรมที่ได้ทำไปแล้วในเวอร์ชัน ๆ และการสรุปสิ่งที่สังเกตเห็น ประเมินผลภาวะความรุนแรง

R: recommendation ข้อเสนอแนะหรือบอกความต้องการของพยาบาล

2. 2P Safety Goals มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรในการปฏิบัติงาน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

2.1 Patient safety goals ได้แก่

1) safe surgery การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (surgical safety checklist & mark site)

2) infection prevention and control การติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (surgical site infection prevention) การป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP prevention) การป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter associated Urinary tract infection: CAUTI prevention) การป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ (Central Line-associated Bloodstream Infections: CLABSI prevention)

3) medication and blood safety การป้องกันผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง การป้องกันผู้ป่วยแพ้ยา การป้องกันการให้เลือดผิดพลาด (blood safety)

4) patient care process การป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด (patient identification) การป้องกันการวินิจฉัยผู้ป่วยผิดพลาด ลำช้า (diagnosis error)

5) line, tube and catheter & laboratory ป้องกันการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ลำช้า (lab error) ป้องกันการรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน (patho report error)

6) emergency response การป้องกันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผิดพลาด (effective emergency triage) การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม (proper care for critical patient)

2.2 Personal safety goals ได้แก่

1) security and privacy of information and social media การใช้ความระมัดระวังในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความลับของผู้ป่วย

2) infection and exposure การป้องกันบุคลากรไม่ให้ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

3) mental health and medication การมีสติในการทำงาน

4) process of work การบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและ
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

5) lane and legal issues การปฏิบัติการดูแลและรักษาผู้ป่วยบนรถพยาบาลขณะนำส่ง
ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล การป้องกันผลกระทบจากให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการ

6) environment and working conditions การเตรียมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน

บทที่ 4

เทคนิคการปฏิบัติงาน

แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี ประกอบด้วย แผนยุทธศาสตร์(AEIOU) 5 แผน ได้แก่

แผนยุทธศาสตร์ที่ 1 Academic for urban health : A การศึกษาเพื่อสุขภาพคนเมืองและเท่าทัน การดำรงชีวิตในอนาคต

แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 Excellent service : E การบริการที่เป็นเลิศ

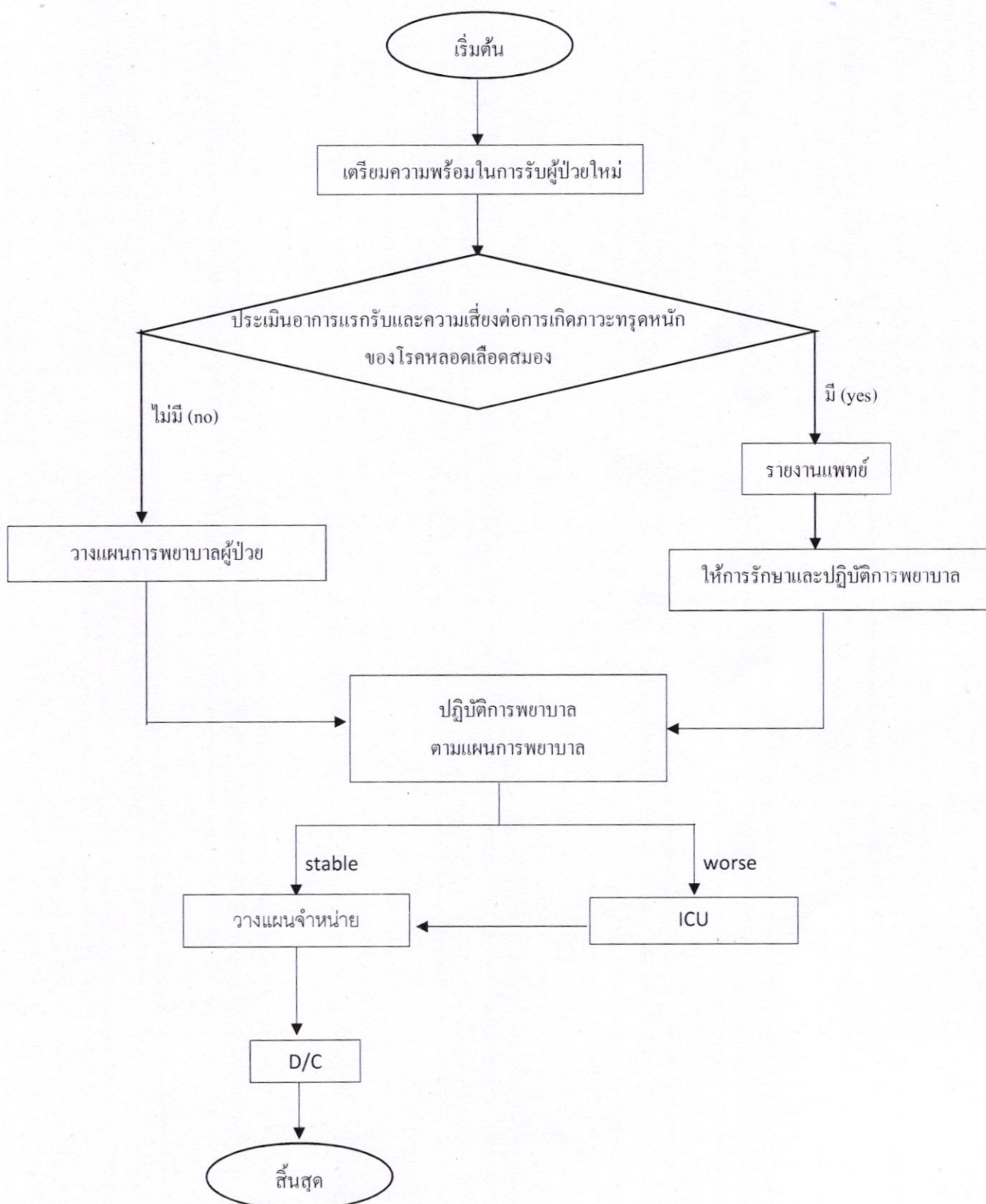
แผนยุทธศาสตร์ที่ 3 Income and Cost effectiveness : I การสร้างความมั่นคงทางการเงิน

แผนยุทธศาสตร์ที่ 4 Organization strength : O องค์กรเข้มแข็งในยุคดิจิทัล

แผนยุทธศาสตร์ที่ 5 Urban medicine competence : U ความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์เขตเมือง การจัดทำคู่มือเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 Excellent service : E การบริการที่เป็นเลิศ เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย พัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคสู่ความเป็นเลิศ และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ที่ 5 Urban medicine competence ความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์เขตเมือง เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการพยาบาล พัฒนาคูณธรรมจริยธรรม พฤติกรรม บริการและสร้างจิตสำนึกในบุคลากรทุกระดับ พัฒนาทักษะความรู้ความสามารถของบุคลากร ให้เพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับแนวคิดเวชศาสตร์เขตเมือง โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคมะเร็ง เป็นต้น

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart)

การปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

จาก Flow chart การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายตามขั้นตอนดังนี้

1. เริ่มต้น

หอผู้ป่วยรับประสานงานจากศูนย์รับผู้ป่วยใน (Admission Center) เพื่อรับผู้ป่วยใหม่จากผู้ป่วยนอก (OPD) เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (ER) และโรงพยาบาลอื่น

2. เตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่

2.1 เมื่อรับประสานงานจาก OPD ER หรือโรงพยาบาลอื่น เกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วย แผนการรักษาให้เตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่ดังนี้

- 1) จัดสถานที่ เตรียมเตียงให้อยู่ในโซนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) เตรียมอุปกรณ์ตามสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง ได้แก่ เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ (infusion pump) เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor) และออกซิเจน

3) เตรียมเอกสารประกอบการรับผู้ป่วยเข้ารักษาพยาบาล(ชุดรับใหม่)

2.2 เมื่อรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย

- 1) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงโดยคำนึงถึงความปลอดภัย
- 2) ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยและครบถ้วนของเอกสาร ชื่อ- สกุล, H.N., A.N. ให้ตรงกับตัวผู้ป่วย ระบุตัวผู้ป่วยโดยการสอบถามและให้ผู้ป่วยตอบหรืออ่านออกเสียง
- 3) พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในหอผู้ป่วย การใช้สิทธิ์การรักษาต่าง ๆ ที่สำคัญ การขอความช่วยเหลือ ได้แก่ การกดกริ่งเรียกพยาบาล และให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
- 4) ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วย โดยตรวจสอบป้ายข้อมือผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกับเวชระเบียนสอบถามชื่อสกุลโดยให้ผู้ป่วยตอบ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวไม่สามารถอ่านได้ให้ญาติอ่านและผูกป้ายข้อมือให้ติดตัวผู้ป่วยตลอดเวลา

3. ประเมินอาการแรกเริ่มและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ประเมินอาการแรกเริ่ม เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยให้ประเมินผู้ป่วยแรกเริ่ม ดังนี้

- 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกพบ พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยทันทีที่เข้ามาในหอผู้ป่วยโดยการสังเกตลักษณะอาการที่ต้องการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จากการประเมินตามหลัก ABC ดังนี้

- Air way status ดูว่าทางเดินหายใจโล่ง หรือมีการอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่

- Breathing status ดูจากลักษณะและอัตราการหายใจ
- Circulatory status ประเมินการไหลเวียนโลหิตดูว่า เจียว ชีด หรือไม่

2) การซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนจากผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ที่นำส่งผู้ป่วย โดยให้ครอบคลุม อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ/เวลาครั้งสุดท้ายที่เห็น ผู้ป่วยมีอาการปกติ การเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยาและอาหาร การตรวจร่างกายตามระบบที่เกี่ยวข้องและประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยตามแบบประเมิน ผู้รับบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย(ภาคผนวก จ)

3) การประเมินความผิดปกติทางระบบประสาทของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน อาการแสดงทางระบบประสาท (neurological sign) การประเมินระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma score : GCS) การประเมินขนาดรูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง (pupil) การประเมินกำลังความเคลื่อนไหวของแขนขา(motor response) และการประเมินกำลังของแขนขา (motor power)

4) ประเมินสัญญาณชีพ (vital sign) ระดับออกซิเจนในเลือดแดงส่วนปลาย (SpO2) และประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (national early warning score : NEWS)

3.2 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- 1) ประเมินภาวะไข้ (อุณหภูมิในร่างกาย > 37.5 องศาเซลเซียส) และภาวะติดเชื้อในร่างกาย
- 2) ประเมินภาวน้ำตาลในเลือดต่ำ/น้ำตาลในเลือดสูงคือ ระดับน้ำตาลในเลือด (CBG) < 60 mg% หรือ > 180 mg%
- 3) ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) คือ มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 95% มีอาการเหนื่อย หายใจเร็ว
- 4) ประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำ/ความดันโลหิตสูง (hypo-hypertension) คือ ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือ มากกว่า 220/120 มิลลิเมตรปรอท
- 5) ประเมินภาวะขาดน้ำ (dehydrated) การเข้าออกของสารน้ำในร่างกายไม่สมดุล (intake/output ไม่ balance หรือเป็น negative)
- 6) ประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ มีอาการหัวใจเต้นช้า (PR < 50 ครั้ง/นาที) หัวใจเต้นเร็ว (PR > 100 ครั้ง/นาที) หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (irregular)
- 7) ประเมินระดับโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) คือระดับโซเดียมในเลือด < 135 mEq/L

เมื่อพยาบาลประเมินผู้ป่วย กรณีมีความเสี่ยงดังกล่าวให้รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาและ
ปฏิบัติการพยาบาลตามระบวนการพยาบาล ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและบันทึก
ประวัติการตรวจร่างกาย

กรณีผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วย
ที่มีอาการคงที่ (stable) ได้แก่

1. มีระดับความรู้สึกรู้ตัว(Glasco coma score) 15 คะแนน
2. อุณหภูมิกาย 36-37.4 องศาเซลเซียส
3. ความดันโลหิต SBP 90-220 mmHg และ DBP < 120 mmHg.
4. อัตราการหายใจ 14-20 ครั้งต่อนาที
5. ชีพจร 50-100 ครั้งต่อนาที
6. ระดับออกซิเจนในเลือด(SpO2) > 95 %
7. ระดับ NEWS น้อยกว่า 4 คะแนน
8. มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วมากกว่า 72 ชั่วโมง

ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการดังกล่าวให้ปฏิบัติการพยาบาลตามระบวนการพยาบาล

4. การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีอาการคงที่แล้ว พยาบาลต้องมีการวางแผน
การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้ระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย
เกิดความปลอดภัย ดังนี้

4.1 พยาบาลตรวจสอบแผนการรักษา วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา
วิชาชีพ โดยใช้หลักฐานทางวิชาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา/ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่ม
โรคเฉพาะที่สำคัญ ได้แก่ CPG, CNPG, care map เป็นต้น

4.2 ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4.3 วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา ความ
ต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมถึงเป้าหมายที่ต้องการ โดยให้ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิต
ต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที

4.4 มีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลเพื่อนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติและมีการ
ทบทวนระบวนการพยาบาลและปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

4.5 ปฏิบัติตามเป้าหมายของการพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์
ไม่พึงประสงค์

5. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์ ถูกต้องตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้องตามแผนการรักษาและดำเนินการเฝ้าระวัง ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

5.1 ติดตามเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันอย่างใกล้ชิดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม โรคเฉพาะที่สำคัญ (CPG, CNPG, care map) เพื่อคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและรายงานแพทย์ ให้ทันเวลา

5.2 บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมงและ รายงานแพทย์เมื่อพบ GCS ลดลงจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน motor power ลดลงจากเดิม มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน ระดับ NEWS score มากกว่า 4 คะแนน หรือ 3 in single parameter

5.3 บันทึกการเข้าออกของสารน้ำในร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อพบการ เข้าออกของสารน้ำในร่างกายไม่สมดุล (intake/output ไม่ balance หรือเป็น negative)

5.4 ดูแลให้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด ยาด้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดตาม แผนการรักษาและสังเกตภาวะเลือดออกตามร่างกาย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะ/ อุจจาระเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด ถ้าพบอาการเหล่านี้ให้รายงานแพทย์ทันที

5.5 ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ Isotonic solution (0.9%NaCl) และหลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ยกเว้นในกรณีมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

5.6 ดูแลให้ได้รับสารอาหาร พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่าง เพียงพอตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร ประเมินการ กลืนภายใน 24 ชั่วโมงและดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของร่างกาย ในกรณีประเมินการกลืน ไม่ผ่านต้องรายงานแพทย์เพื่อให้อาหารทางสายยางและส่งปรึกษาเพื่อฝึกกลืน

5.7 ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ป้องกันได้ ได้แก่

1) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ให้การพยาบาลดังนี้

- ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียง (bed rest)
- จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะ ลำคอและสะโพกไม่หักพับงอมากกว่า

หรือเท่ากับ 90 องศา

- บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท

ทุก 4 ชั่วโมง

- ติดตามและเฝ้าระวังอาการผิดปกติของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน การมองเห็นและรูม่านตาผิดปกติ ความดันโลหิตสูงร่วมกับความดันชีพจรกว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท รูปแบบการหายใจผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที

2) ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ให้การพยาบาลดังนี้

- ประเมินการกลืนภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล(ภาคผนวก จ)
- ดูแลจัดท่านั่งตัวตรง ศีรษะสูง 90 องศา ขณะและหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที

- ในกรณีที่ประเมินการกลืนไม่ผ่าน รายงานแพทย์เพื่อใส่สายให้อาหารทางสายยางและส่งปรึกษาเพื่อฝึกกลืน

3) คิดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ ให้การพยาบาลดังนี้

- ประเมินอาการคิดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปวดขณะถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะขุ่นมีกลิ่นเหม็น มีไข้หนาวสั่น

- แนะนำและดูแลเรื่องการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่าย โดยในผู้หญิงเช็ดจากด้านหน้าช่องคลอดไปด้านหลังทวารหนักเสมอ

- แนะนำดื่มน้ำมาก ๆ และไม่กลั้นปัสสาวะ

4) การคิดเชื่อในโรงพยาบาล ให้การพยาบาลดังนี้

- บันทึกอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิกาย ≥ 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ ได้แก่ เช็ดตัวลดไข้ หรือวาง cold pack คั่นหาสาเหตุของไข้

- ประเมินอาการคิดเชื่อ ได้แก่ มีไข้หนาวสั่น ไอมีเสมหะ เจ็บคอ ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นเหม็น

5) การปลัดตกหกล้ม ให้การพยาบาลดังนี้

- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงการใช้อุปกรณ์ เช่น กดกริ่งในการขอความช่วยเหลือ
- แขนป้ายเฝ้าระวังปลัดตกหกล้มและยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้างทุกครั้ง

หลังให้การพยาบาล

- จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ใกล้มือผู้ป่วย หยิบของใช้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเอื้อมหยิบใช้ได้สะดวก

- จัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย เช่น พื้นห้องน้ำไม่เปียก มีแสงสว่างเพียงพอ จัดเตียงให้อยู่ในระดับต่ำผู้ป่วยนั่งแล้วเท้าเหยียบถึงพื้น

6) บาดเจ็บจากการผูกมัด ให้การพยาบาลดังนี้

- อธิบายให้ข้อมูล เหตุผลของการผูกมัดให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ
- ใช้อุปกรณ์ผูกมัดชนิดต่าง ๆ ตามประเภทของผู้ป่วยที่เหมาะสม

โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

- ตรวจสอบอุปกรณ์ผูกมัดผู้ป่วยทุกครั้ง - 1 ชั่วโมง และคลายออกทุก 2 ชั่วโมง

7) การเกิดแผลกดทับ ให้การพยาบาลดังนี้

- ดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- ดูแลให้ผู้ป่วยนอนเตียงลม หรือเบาะรองนุ่มๆ เพื่อลดแรงกดทับ
- ดูแลความสะอาดผิวหนังให้แห้ง และทำความสะอาดทันทีหลังการขับถ่าย

อุจจาระ ปัสสาวะทุกครั้ง

- ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับโภชนาการอย่างเพียงพอ เพิ่มอาหารจำพวกโปรตีน

และวิตามิน

8) ข้อติด ให้การพยาบาลดังนี้

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับข้ออย่างเต็มพิสัยในทุกทิศทาง เช่น ข้อไหล่ ข้อศอก

อย่างสม่ำเสมอ

- เริ่มบริหารข้อไหล่ให้เร็วที่สุดหรือเมื่ออาการปวดทุเลาลงเพื่อลดความเสี่ยง

ในการเกิดข้อติดแข็ง และเอ็นยึดข้อหดสั้น

- ประเมินอาการปวด บวม กล้ามเนื้อหดเกร็งบริเวณข้อต่อและไหล่

9) ภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ให้การพยาบาลดังนี้

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ขยับขา ข้อเท้า
- แนะนำให้ผู้ป่วยยกขาสูงเล็กน้อย เพื่อลดอาการปวดบวมและป้องกันการคั่ง

ของหลอดเลือดและหลีกเลี่ยงการบีบนวคบริเวณขา

- ประเมินอาการปวด บวม ผิวหนังแดงคล้ำบริเวณ

นอกจากการพยาบาลเหล่านี้ยังต้องให้การพยาบาลเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล หรือหัตถการต่าง ๆ และอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา

6. การวางแผนจำหน่าย

6.1 มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกกับร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ

6.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย โดยการประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท (neurological deficit) ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

6.3 ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ค้นหาผู้ดูแลหลัก (care giver) ภายใน 48 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ประเมินสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

6.4 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ความรู้เรื่องโรค อาหาร การใช้ยา การดูแลตนเอง การทำกายภาพบำบัด ทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้กระบวนการ DMETHOD (ภาคผนวก ข)

6.5 ประสานงานส่งต่อหน่วยดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อข้อมูลและปัญหาความต้องการที่จะดูแลต่อเนื่อง

6.6 ตรวจสอบแผนการรักษา ยากลับบ้าน การนัดหมาย การเตรียมตรวจ การดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านและตรวจสอบคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์

กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ (unstable) ได้แก่

1. มีระดับความรู้สึกรู้ตัว (Glasco coma score) < 15 คะแนน หรือ GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน motor power ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน รุนานตามผิดปกติหรือมีอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2. อุณหภูมิกาย (body temperature) > 37.4 องศาเซลเซียส

3. ความดันโลหิต SBP < 90 หรือ > 220 mmHg และ DBP > 120 mmHg.

4. อัตราการหายใจ > 20 ครั้งต่อนาที ร่วมกับมีอาการเหนื่อย รูปแบบการหายใจผิดปกติ

5. ชีพจร > 100 ครั้งต่อนาที

6. ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO2) > 95 %

7. ระดับ NEWS > 4 คะแนน

8. มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วน้อยกว่า 72 ชั่วโมง หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ (NIHSS > 15 คะแนน)

เมื่อพบผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองให้ปฏิบัติดังนี้

1. รายงานแพทย์ตามหลัก ISBAR เพื่อ

- 1.1. เพื่อแก้ไขภาวะไข้ ค้นหาสาเหตุของไข้
- 1.2. เพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/น้ำตาลในเลือดสูง (hypo-hyperglycemia)
- 1.3. เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia)
- 1.4. เพื่อแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำ/ความดันโลหิตสูง (hypo-hypertension)
- 1.5. เพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ (dehydrated)
- 1.6. เพื่อแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
- 1.7. เพื่อแก้ไขระดับโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia)
- 1.8. เพื่อประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท

2. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ตามกระบวนการพยาบาล มีดังนี้

2.1. การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

- ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียง (bed rest)
- จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะ ลำคอและสะโพกไม่หักพับงอมากกว่า

หรือเท่ากับ 90 องศา

- บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท

ทุก 1-2 ชั่วโมง

- ติดตามและเฝ้าระวังอาการผิดปกติของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน การมองเห็นและรูม่านตาผิดปกติ ความดันโลหิตสูงร่วมกับความดันชีพจรกว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท รูปแบบการหายใจผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที

2.2. การจัดการภาวะไข้และการติดเชื้อในร่างกาย เพื่อป้องกันเนื้องอกตามมากขึ้น

- บันทึกอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิกาย ≥ 37.5 องศาเซลเซียส ให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ ได้แก่ เช็ดตัวลดไข้หรือวาง cold pack ค้นหาสาเหตุของไข้ ดูแลให้ยาลดไข้หรือยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

- ประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (NEWS) และปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

2.3. การจัดการระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดการทำลายเซลล์ประสาทที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง

- ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (ระดับปกติ คือ CBG = 80-180 mg%)

- สังเกตอาการและการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ/น้ำตาลในเลือดสูง

- ดูแลให้ได้รับยาลดน้ำตาลในกรณีพบน้ำตาลในเลือดสูง หรือดูแลให้ได้รับน้ำตาลหรือกลูโคสในกรณีพบน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.4 การเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอลดภาวะสมองตายเพิ่มมากขึ้น

- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและวัดระดับออกซิเจนในเลือด ถ้าออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 95% ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก (canular) 2-4 ลิตรต่อนาที

2.5 การจัดการความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ

- กรณีผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ให้ติดตามและประเมินระดับความดันโลหิต โดยควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง keep BP $\leq$ 220/120 mmHg.

- กรณีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ให้ติดตามและประเมินระดับความดันโลหิต โดยควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง โดย keep BP $\leq$ 180/105 mmHg.

- ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง ควรให้ผู้ป่วยนอนพักอย่างสงบแล้ววัดซ้ำห่างกัน 5 นาที ในกรณีที่พบว่าความดันโลหิตยังสูงหลังจากนอนพักให้รายงานแพทย์ทันที และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มความดันโลหิตหรือยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา

- ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 90/60 หรือ map น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ให้รายงานแพทย์ทันที

2.6 การให้สารน้ำในร่างกายอย่างเพียงพอ เพื่อเพิ่มปริมาตรในระบบการไหลเวียนโลหิต

- ประเมินภาวะขาดน้ำในร่างกายและบันทึกการเข้าออกของสารน้ำในร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่มากหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบการเข้าออกของสารน้ำในร่างกายไม่สมดุล (intake/output ไม่ balance หรือเป็น negative)

2.7 การประเมินการทำงานของหัวใจ การติดตามการทำงานของหัวใจเพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและการรักษาที่เหมาะสม

- ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 leads) และติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor) อย่างน้อย 48 ชั่วโมงทุกราย เมื่อพบหัวใจเต้นผิดปกติ ได้แก่ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วหรือหัวใจหยุดเต้นให้รายงานแพทย์ทันที

- กรณีพบหัวใจเต้นผิดปกติ ให้ติดตามระดับการเต้นของหัวใจ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

2.8 การดูแลด้านเกลือแร่ในร่างกาย การจัดการระดับโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองบวม

- ติดตามค่าระดับโซเดียมในร่างกาย ถ้าพบระดับโซเดียมในเลือดต่ำ < 135 mmol/l ให้รายงานแพทย์ทราบทันที

- ติดตามและเฝ้าระวังอาการผิดปกติจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน สับสน ชีพจร ชัก หมดสติ เป็นต้น

เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ มีภาวะวิกฤตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแพทย์พิจารณาย้ายหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) พยาบาลต้องประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ภาคผนวก ข) ดังนี้

1. ประสานงานกับศูนย์รับผู้ป่วยใน (Admission Center) หรือ ER ในกรณีนอกเวลาราชการ

2. ประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามแบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และสื่อสารแผนการพยาบาลโดยใช้ ISBAR ได้แก่ การรับส่งเวร

สิ้นสุด

กรณีจำหน่ายกลับบ้าน ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งประสานงานส่งต่อหน่วยดูแลต่อเนื่องโดยใช้แบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีการติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดจากการใช้คู่มือการปฏิบัติงานฉบับนี้เมื่อเดือนมีนาคม 2563 จนถึงปัจจุบัน ทุกเดือน ตามตัวชี้วัดดังนี้

1. อุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้อำนาจแผน (เป้าหมาย 0 ราย) = 1 ราย
2. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในโรงพยาบาล (เป้าหมาย $\leq 3\%$) = 0 %

จากข้อมูลการใช้คู่มือการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า อุบัติการณ์การย้าย

เข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คือ ยังพบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.44 (N=225) และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในโรงพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมาย คือ 0 ราย

จรรยาบรรณ/คุณธรรม/จริยธรรมในการปฏิบัติงาน

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานในครั้งนี้ ได้นำมาตรฐานการพยาบาลตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 มาใช้ในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ พยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพต้องปฏิบัติงานโดยต้องรักษามาตรฐานของวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย และในการปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ ผู้ร่วมงานต้องยกย่องให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน ไม่ทับถมให้ร้ายหรือกลั่นแกล้งกัน

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

จากการนำคู่มือการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในหอผู้ป่วยเพอร์คัต 16B ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 จนถึงปัจจุบัน พบปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1. บุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 0-3 ปีบางราย ขาดประสบการณ์ในการประเมินทางระบบประสาท (neurological sign) การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (national early warning score : NEWS) การแปลผลความหมายของระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma score) และระดับของการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต(national early warning score : NEWS)

2. บุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 0-3 ปีบางรายบันทึกข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้อง ครบถ้วน

3. บุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 0-3 ปีบางรายให้การพยาบาลไม่ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางแก้ไขและพัฒนา

1. ให้ความรู้โดยการสอน สาธิตและให้ฝึกปฏิบัติเรื่องการประเมินทางระบบประสาท (neurological sign) การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (national early warning score : NEWS) ให้แก่พยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงาน 0-3 ปีภายในหน่วยงาน

2. มีการตรวจสอบและประเมินการบันทึกข้อมูลของการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกปัญหาของผู้ป่วยโดยพยาบาลพี่เลี้ยง/พยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ

3. จัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงาน 0-3 ปีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแผนพัฒนามูลฐานบุคลากรเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการติดตามปรับปรุงคู่มืออย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาความรู้ให้เป็นปัจจุบัน (update) ทันสมัยและพัฒนาการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. ควรมีการส่งบุคลากรพยาบาลศึกษาอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกปีมากกว่าร้อยละ 50 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี.
- งานเวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2562). รายงานโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B ประจำปี 2562. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช.
- ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, และธน ชีระวรวงศ์. (2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: บริษัทชนาเพลสจำกัด.
- นลินี พสุกันตพัล, สมร บริสุทธิ์, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
- นิจศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา). (2550). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2563). แผนปฏิบัติการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช.
- มนัญญา กองเมืองปึก, กรุณา ชูกิจ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และศรันยา ไชยิตะมงคล. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : คู่มือผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). (2561). เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรของประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- องค์กรพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว. (2561). คู่มือมาตรฐานผู้ป่วยใน. สืบค้น 30 มิถุนายน 2565 จาก <https://www.bphosp.or.th/PPC62/013.pdf>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2019). *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke*, 50(12), e344-e418. doi:10.1161/str.0000000000000211
- World Health Organization. (2016). *Stroke Statistics: The Internet Stroke Center and independent web resource for information about stroke care and research*. Retrieved from www.strokecenter.org/patients/aboutstroke/stroke-statistics

ภาคผนวก ก

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันและการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน

โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (ischemic stroke) คือ ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือดในสมองที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน

กลไกการเกิดภาวะสมองขาดเลือด (cerebral infarction) ประกอบด้วย

1. จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombosis stroke) เป็นการอุดตันในหลอดเลือดซึ่งเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดที่ทำให้มีการหนาตัวจนทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองส่วนนั้นไม่เพียงพอหรือขาดไป ความผิดปกติที่ผนังของหลอดเลือดหนาดังนั้นมีได้หลายสาเหตุ เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน, ผนังหลอดเลือดฉีกขาด (dissection), หลอดเลือดอักเสบจากโรคติดเชื้อหรือจากโรคเกี่ยวกับ autoimmune (vasculitis) เมื่อผนังหลอดเลือดมีความผิดปกติจากสาเหตุดังกล่าวจะทำให้มีการหลังปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดและ fibrin ทำให้หลอดเลือดอุดตัน ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันมักจะมีอาการเตือนจากภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) มาก่อน นอกจากนั้นโรคทางโลหิตวิทยาที่ทำให้เลือดมีความหนืดและไหลเวียนได้ช้าจะทำให้เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันได้เช่นกัน

2. จากภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน (embolic stroke) เกิดเนื่องมาจากมีสิ่งอุดกั้น (emboli) เกิดขึ้นและล่องลอยในกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย ดันกำเนิดของสิ่งอุดกั้นมักมาจากหลอดเลือดและหัวใจทำให้มีชิ้นส่วนของลิ่มเลือด (clot) หรือชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดลอยออกมาเข้าสู่การไหลเวียนเลือดแดงในสมองและอุดตันแขนงของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ที่พอดีกับขนาดของสิ่งอุดกั้น โรคหัวใจที่ทำให้เกิดสิ่งอุดกั้นได้ เช่น Atrial Fibrillation, Myocardial infarction, Valvular heart disease, Bacterial endocarditis, การใส่ลิ้นหัวใจเทียมหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น สิ่งอุดกั้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น ฟองอากาศ (air embolism) ชิ้นส่วนของไขมัน (fat embolism)

3. จากภาวะที่แรงดันกำซาบของเลือดไปยังสมองลดลง (decrease cerebral perfusion pressure; Hemodynamic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 10 เกิดได้จากหลายกลไก โดยอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองมีการตีบมากจนส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงมากจนถึงระดับที่ทำให้เกิดความผิดปกติได้ การมีภาวะความดันโลหิตต่ำการเสียเลือดหรือของเหลวอื่น ๆ จากร่างกาย เช่น ภาวะท้องเสียรุนแรงหรือปัสสาวะออกมามากกว่าปกติ ภาวะโลหิตจางรุนแรงโดยอาจเกิดจากสาเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งหรือจากหลาย ๆ กลไกร่วมกัน

อาการและลักษณะทางคลินิกของโรค (neurovascular syndrome) คืออาการทางคลินิกที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจะมีลักษณะเฉพาะตามตำแหน่งของสมองที่หลอดเลือดใหญ่หรือสาขาย่อยของหลอดเลือดนั้น ๆ ไปเลี้ยง อาการทางคลินิกดังกล่าวอาจมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าได้ทำการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียดจะสามารถบอกได้ว่าลักษณะอาการดังกล่าวเกิดจากหลอดเลือดใดซึ่งจะข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญในการให้การรักษา

ลักษณะการดำเนินโรค

1. อาการที่เริ่มเป็น (onset) จะเป็นเร็ว (acute onset) โดยเฉพาะอาการที่เริ่มเป็นขึ้นมาทันที (sudden onset) ยกเว้นในบางกรณี เช่น silent infarction ซึ่งไม่มีอาการหรืออาการที่เริ่มเป็นไม่ชัดเจน การประเมินอาการที่เริ่มเป็นของโรคหลอดเลือดสมอง (onset of stroke)

onset of stroke หมายถึง ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล โดยจะต้องนับจากเวลาจริงที่มีอาการ (onset) ถ้าสามารถบอกได้ชัดเจนหรือเอาเวลาสุดท้ายที่ผู้ป่วยมีอาการปกติ (last seen normal) เช่น กรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงหลังจากตื่นนอน จะต้องซักประวัติย้อนหลังถึงเวลาก่อนเข้านอน หรือเวลาที่ตื่นขึ้นมาระหว่างคืนแล้วยังปกติอยู่ เช่น ผู้ป่วยตื่นขึ้นมาเมื่อเวลา 05:00 น. ยังเดินเข้าห้องน้ำได้ ต่อมา 6.00 น. ญาติพบว่าอ่อนแรง ในกรณีนี้ต้องถือว่า เวลาที่ใช้ในการประเมินคือ 5.00 น

2. การดำเนินโรค

2.1 Transient ischemic attack (TIA) คือโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นแล้วอาการจะดีขึ้นหรือหายไปภายใน 24 ชั่วโมง โดยไม่มีความบกพร่องทางระบบประสาท(neurological deficit) เกิดจากการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวทำให้เกิดอาการบกพร่องทางระบบประสาทชั่วคราวและไม่ถาวร

2.2 Reversible ischemic neurological deficit (RIND) คือ ลักษณะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการเกิดขึ้นแล้วคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงแต่จะหายไปภายใน 3 สัปดาห์

2.3 Progressive stroke คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นแล้วอาการของผู้ป่วยจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาการที่เป็นมากขึ้นนั้นอาจเป็นอาการเดิมที่เป็นอยู่ แต่มีความรุนแรงมากขึ้นหรือมีอาการอื่น ๆ เพิ่มขึ้น

2.4 Complete stroke คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงเดิมหรือคงที่เป็นระยะเวลานานโดยจัดอยู่ในกลุ่ม irreversible

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความอ้วน โรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว(atrial fibrillation : AF) สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติด

ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ยาคุมกำเนิด ยาสตีรอยด์ ภาวะเลือดหนืดขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชายพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ คนผิวดำ (African American) พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA)

อาการและอาการแสดง

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย มักจะเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือค่อย ๆ เป็น ในต่างประเทศใช้คำว่า BE-FAST สำหรับเตือนให้รู้ว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีอะไรบ้าง ซึ่งเป็นอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่

B balance: อาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน เดินเซ

E eyes: ตามองไม่เห็นภาพซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งหมด เห็นภาพซ้อน

F face: ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว

A arm: แขนขาอ่อนแรง มักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง หรือขาร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง

S speech: พูดไม่ได้ พูดติดขัด พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด

T = time ระยะเวลาที่เกิดอาการ รีบไปโรงพยาบาล โทร 1669 ทันทีทันใด

หรือมีอาการซึม หดสติ อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้ว หายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณ 15%

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

1. การซักประวัติอาการที่เริ่มเป็น ลักษณะและระยะเวลาในการดำเนินของโรค

2. การตรวจร่างกาย

2.1 การประเมินอาการทางระบบประสาท (neurological signs) เพื่อบอกชนิด ตำแหน่ง และขอบเขตของโรคเพื่อใช้แยกจากโรคอื่น ๆ

2.2 การประเมินความรุนแรงของโรคได้แก่ The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เป็น scale มาตรฐานที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประโยชน์มากในการประเมินความรุนแรงของอาการ ช่วยในการติดตามการรักษาและยังสามารถบอกพยากรณ์โรคได้ โดยมีระดับคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 42 คะแนน

0 = no stroke

1-4 = Mild stroke

5-14 = Mild to Moderate stroke

15-24 = Severe stroke

25-42 = Very Severe stroke

3. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคได้แก่

3.1 Computerized Tomography: CT-scan

3.2 MRI (magnetic resonance imaging)

3.3 MRA (Magnetic Resonance Angiography)

3.4 Carotid duplex ultrasound

3.5 Transcranial doppler ultrasound

3.6 Cerebral angiogram

การรักษา

1. การรักษาทั่วไปในระยะเฉียบพลัน

1) ระบบทางเดินหายใจ การที่มีภาวะขาดออกซิเจนจะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (SpO₂) ต่ำกว่า 95% จึงควรรักษาด้วยการให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางจมูกอย่างเพียงพอหรือทางท่อช่วยหายใจ

2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะที่ทำให้เลือดออกจากหัวใจลดลงมักจะส่งผลให้สมองบริเวณที่ขาดเลือดแย่ลง เช่น กรณีที่มีความดันโลหิตต่ำหรือการที่มีชีพจรที่ช้าเกินไป หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะเหล่านี้ควรได้รับการหาสาเหตุและแก้ไข อย่างไรก็ตามในระยะแรกระดับความดันโลหิตในร่างกายอาจสูงขึ้นได้ ทั้งนี้จากกลไกของร่างกายเอง (brain auto-regulation) เพื่อให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ความดันโลหิตที่ไม่สูงเกินไปมักจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ยกเว้นผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น congestive heart failure, aortic dissection, acute myocardial infarction, acute renal failure, hypertensive encephalopathy หรือในบางกรณีที่มีความดันโลหิตสูงมาก เช่น ในกรณีผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 220/120 mmHg. หรือกรณีได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/105 mmHg

3) การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การมีไข้สูงในระยะแรกมีความสัมพันธ์กับความพิการและอัตราการตายที่สูงขึ้น เนื่องจากสมองต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การรักษาเพื่อให้ไข้ลดลงอย่างรวดเร็วและหาสาเหตุของไข้นั้น

4) การประเมินการกลืน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจไม่รู้สึกรับหรือมีปัญหาด้านการกลืน โดยเฉพาะการกลืนของเหลวและน้ำจะทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirate pneumonia) ผู้ป่วยทุกรายจึงต้องได้รับการประเมินการกลืนภายใน 24 ชั่วโมง

หลังรับไว้ในโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ประเมินการกลืนภายใน 48 ชั่วโมง ในกรณีที่ประเมินการกลืนไม่ผ่านให้รายงานแพทย์เพื่อใส่สายให้อาหารทางสายยางและส่งปรึกษาเพื่อฝึกกลืน

5) การดูแลด้านสารน้ำและเกลือแร่ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ไม่ให้มากหรือน้อยเกินไปเป็นการช่วยปริมาตรในระบบการไหลเวียนโลหิต หลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เนื่องจากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงอาจมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดแย่ลง ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

6) การดูแลระดับน้ำตาลในเลือด การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้สมองขาดเลือดมีบริเวณกว้างมากขึ้น เนื่องจากมีกระบวนการสลายกลูโคสโดยไม่ใช้ออกซิเจนทำให้มีการหลังกรดแลคติกมากขึ้นจึงควรลดระดับน้ำตาลในเลือดให้คงอยู่ในระดับปกติ

2. การรักษาเฉพาะ

2.1 การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis agent) ซึ่งจะต้องให้ภายในเวลาจำกัด หลังจากผู้ป่วยเกิดอาการ 3-4.5 ชั่วโมง

2.2 การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (Revascularization) โดยวิธี Mechanical thrombectomy เป็นการรักษาทางรังสีร่วมรักษาระบบประสาท (Neuro-interventional radiology) โดยใช้อุปกรณ์ลากหรือดูดลิ่มเลือดออกโดยตรง

2.3 การให้ยาต้านเกร็ดเลือด

ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน หลังจากได้รับการประเมินและการรักษาในเบื้องต้น ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยลดอัตราการตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในหอผู้ป่วยจะต้องมีการประเมินถึง ความรุนแรง ตำแหน่ง และขนาดของภาวะสมองขาดเลือด โดยอาจแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ (life-threatening stroke) คือ MCA/ICA infarction หรือ large infarction with midline shift หรือ large cerebellum infarction

สาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดภายในสัปดาห์แรก คือ การเกิดสมองบวม (brain edema) โดยทั่วไปการเกิดสมองบวมจะรุนแรงที่สุดในวันที่ 2 ถึงวันที่ 5 หลังจากเริ่มมีภาวะสมองขาดเลือด แต่ก็มีผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในส่วน cerebellum บางราย ที่อาจมีอาการสมองบวมมาอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ภายใน 24 ชั่วโมง

อาการและอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (alteration of consciousness)
2. อ่อนแรงมากทั้งแขนและขา (hemiplegia)
3. ความผิดปกติของการใช้ภาษา (aphasia)
4. ไม่สนใจร่างกายซีกตรงข้ามกับรอยโรค (neglect)
5. มีการมองเห็นผิดปกติซีกใดซีกหนึ่งของลานสายตา (hemianopsia)

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีภาวะสมองบวม (brain edema) และมีการเลื่อนของสมองไปกดสมองใหญ่ อีกข้างหนึ่งหรือก้านสมอง (brain herniation) อาจตรวจพบ มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ของร่างกายด้านตรงข้ามกับที่มีอาการมาแต่เดิม ได้แก่ การมีความตึงของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น การมี deep tendon reflexes ไวขึ้นหรือการมี Babinski sign รุนแรงมากขึ้นซึ่งมักเป็นข้างเดียวกับ รอยโรคและซึมลง สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดที่ cerebellum ถ้าเกิดสมองบวม อาจเกิด การคั่งของน้ำในสมอง (hydrocephalus) และมีการกดก้านสมอง ทำให้มีอาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงบริเวณท้ายทอยร่วมกับอาการอาเจียนมาก เดินเซ ไม่สามารถทรงตัวได้ ร่วมกับอาการ ที่แสดงถึงความผิดปกติของก้านสมอง ได้แก่ ซึมลง แขนขาเกร็งและอาจหยุดหายใจถึงกับเสียชีวิตได้ ในเวลาอันรวดเร็ว

การรักษา

1. ให้น้ำและอาหารทางปาก จำกัดการให้สารน้ำ และให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ระวังไม่ให้ศีรษะต่ำคอและสะโพกพับงอเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคั่งของเลือดดำ ในสมอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักร่วมด้วยควรให้ยากันชัก แต่ไม่มีความจำเป็นต้องให้ยากันชักเพื่อเป็น การป้องกันในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการชัก
2. การใส่ท่อช่วยหายใจและการป้องกันไม่ให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์
3. การให้สาร osmotic agent ได้แก่ mannitol หรือ glycerol
4. การให้ยาขับปัสสาวะ
5. การรักษาโดยการผ่าตัด อาจต้องตัดสมองบางส่วนที่เสียไปเพื่อลดการกดของสมอง
6. การรักษาภาวะเลือดออกในบริเวณที่สมองขาดเลือด (hemorrhagic infarction)
7. การรักษาโดยการลดการคั่งของน้ำภายในช่องน้ำในสมอง (hydrocephalus) การรักษา โดยการใส่ท่อเพื่อระบายน้ำออกหรือการทำ ventriculostomy
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการรุนแรงต้องการดูแลใกล้ชิด (severe stroke) คือ MCA/Basilar occlusion หรือ large infarction without midline shift หรือ brainstem and cerebellar infarction ผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 ผู้ป่วยที่มาด้วยลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะสมองบวมและการเคลื่อนที่ของสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายใน 1-2 วันแรกจะต้องได้รับการเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อให้สามารถให้การรักษอย่างทันที่ในกรณีที่เกิดภาวะสมองบวม ลักษณะที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างในตำแหน่งที่กล่าวมา ได้แก่

1) สมองขาดเลือดในบริเวณที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือด middle cerebral จะมีอาการอ่อนแรงมากทั้งแขนและขา (hemiplegia) และชาครึ่งซีกหรือมีอาการอ่อนแรงของแขนและมือมาก ร่วมกับมีอาการอื่น ๆ ได้แก่

- ตาทั้งสองข้างมองไปยังด้านที่มีรอยโรค (forced eye deviation)
- มีความผิดปกติของการใช้ภาษาชนิด global aphasia ถ้ามีรอยโรคที่สมองซีกซ้าย
- ไม่สนใจร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรค (neglect) หรือสับสน
- การมองเห็นผิดปกติชนิด homonymous hemianopia

คะแนน NIHSS มากกว่า 15 แสดงว่าน่าจะมีสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง

2) สมองขาดเลือดในบริเวณ cerebellum ผู้ป่วยจะมีอาการเดินเซหรือใช้แขนไม่ถนัดปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยร่วมกับอาการเวียนศีรษะคลื่นไส้อาเจียน ตรวจร่างกายมักจะพบอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่า มีความผิดปกติของ cerebellum เช่น dysmetria ataxia และ nystagmus เป็นต้น

3) ผู้ที่มีผลการตรวจทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง หรือการตรวจด้วยคลื่นสั่นสะเทือนในสนามแม่เหล็กพบว่าบริเวณสมองขาดเลือดที่มีขนาดใหญ่ของหลอดเลือด middle cerebral หรือ cerebellum แต่ยังไม่มีการเคลื่อนที่ของสมอง

2.2 ผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดที่เกิดจากรอยโรคของหลอดเลือด basilar ผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณนี้อาจมีอาการเลวลงเรื่อย ๆ แม้เวลาจะผ่านไปหลายวันต่างจากรอยโรคในบริเวณอื่น ผู้ป่วยมักจะมีอาการซึ่งแสดงถึงการสูญเสียการทำงานของก้านสมองส่วน midbrain, pons เช่น เห็นภาพซ้อน การกรอกตาผิดปกติ เวียนศีรษะ ชา อ่อนแรงของร่างกายทั้งสองซีกร่วมกับการลดลงของความรู้สึกตัว บางทีอาจจะมีภาวะที่เรียกว่า locked in syndrome คือ ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกตัวดีแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนใดได้เลย ยกเว้นเพียงการหลับตา และลืมตากับการกรอกตาในบางทิศทางเท่านั้น ภาวะนี้พบในผู้ป่วยที่มีรอยร้าวบริเวณ pons ส่วนล่าง

การรักษา

1. ให้น้ำและอาหารทางปาก และให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ระวังไม่ให้ศีรษะต่ำคอและสะโพกพับงอเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคั่งของเลือดดำในสมอง
2. เฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจนและภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (moderate stroke)

คือ การมีสมองขาดเลือดที่เกิดจากรอยโรคของหลอดเลือดใหญ่แต่ไม่เข้าเกณฑ์ของการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างที่อาจเกิดสมองบวมซึ่งเป็นอันตรายและไม่เข้ากับกลุ่มของโรคหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก

3.1 รอยโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองส่วนหน้าที่ได้รับเลือดมาจาก carotid (anterior circulation)

- รอยโรคของหลอดเลือด anterior cerebral ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงของขาข้างตรงข้ามร่วมกับอ่อนแรงส่วนต้นแขนเล็กน้อย

- รอยโรคของหลอดเลือด middle cerebral ในกรณีที่มียอดตันของแขนงของหลอดเลือดนี้จะทำให้สมองขาดเลือดในขนาดปานกลาง ซึ่งการอุดตันอาจเกิดที่แขนงส่วนปลายทำให้มีอาการแสดงถึงความผิดปกติของผิวสมองร่วมด้วย เช่น มีความผิดปกติของการใช้ภาษาชนิด motor หรือ sensory aphasia อาการอ่อนแรงของมือและแขนมักจะรุนแรงมากกว่าขา

3.2 รอยโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองส่วนหลังที่ได้รับเลือดมาจากหลอดเลือด vertebral (posterior circulation)

- รอยโรคของหลอดเลือด posterior cerebral มักจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นคือมีความผิดปกติของลานสายตาเป็นแบบ homonymous hemianopia ความผิดปกติของความจำหรือมีการอ่อนแรงร่วมด้วย

- รอยโรคบริเวณแขนงของหลอดเลือด vertebral และ basilar ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการอ่อนแรงของแขนและขา แต่มีอาการและอาการแสดงของความผิดปกติของก้านสมอง เช่น ชา เคนเซ Horner's syndrome อาจมีปัญหาเสียงแหบและกลืนลำบากร่วมด้วย

4. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดขนาดเล็กอาการไม่รุนแรง (mild stroke) คือ lacunar infarction คือ ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงในส่วนลึกของสมอง มักจะเกิดในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานอาการมักจะไม่รุนแรงและไม่มีลักษณะที่บ่งชี้ถึงภาวะสมองขาดเลือดส่วนผิวสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่เกิดภาวะสมองบวมหรือเลือดออกที่เป็นอันตราย อาการที่พบบ่อย ได้แก่

- pure motor hemiparesis ได้แก่ อ่อนแรงของแขนและขาและใบหน้าซีกเดียวกันโดยอ่อนแรงพอ ๆ กัน ไม่มีอาการชา

- pure sensory stroke คือ ชาที่หน้าและแขนขาครึ่งซีกด้านเดียวกันโดยไม่มีอาการอ่อนแรงหรืออาการอื่น ๆ

- dysarthria clumsy-hand syndrome คือมีอาการพูดไม่ชัดร่วมกับข้างหนึ่งทำงานไม่ถนัด

- ataxia hemiparesis คือมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกแต่ไม่รุนแรงร่วมกับการมี cerebellar sign ของแขนขาข้างเดียวกัน

การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง (progressive stroke)

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินโรคขึ้นอยู่กับว่าสามารถควบคุมและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้หรือไม่ ถ้าควบคุมได้ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่หรือดีขึ้น ถ้าควบคุมไม่ได้อาการอาจเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ progressive stroke ควรมีการประเมินและค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะ progressive stroke

สาเหตุของภาวะ progressive stroke ประกอบด้วย

1. สาเหตุอื่น ๆ ทั่วไป (Systemic Causes)

1.1 ภาวะทางอายุรกรรมที่ทำให้มีการขาดเลือดของสมองรุนแรงขึ้นหรืออาการทั่วไปแย่ลง ภาวะเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ได้แก่ hypoxia, fever, infection, hypo-hyperglycemia, hypertension, electrolyte imbalance

1.2 ภาวะทางอายุรกรรมที่ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมอง (cerebral perfusion) ลดลง ได้แก่ dehydration hypotension, hypovolemia ภาวะกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดปกติ

2. สาเหตุทางระบบประสาท (Neurological causes) ได้แก่ ภาวะที่ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นในบริเวณที่มีรอยโรคอยู่เดิม (progressive thrombosis) ภาวะที่มีลิ่มเลือดหลุดไปยังหลอดเลือดส่วนปลาย (recurrent emboli) ภาวะสมองบวม (brain edema) ภาวะเลือดออกในบริเวณเนื้อสมองที่ขาดเลือด (hemorrhagic transformation)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงหรือทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง (progressive stroke)

1. ตรวจสอบสาเหตุตามสถานะของผู้ป่วยและแก้ไข systemic causes ดังกล่าว

2. ถ้าไม่พบความผิดปกติที่สามารถอธิบายภาวะดังกล่าวได้ ให้ส่งตรวจ CT scan ซ้ำ

2.1 ในกรณีที่มีภาวะที่มีเลือดออกในบริเวณที่สมองขาดเลือด (hemorrhagic transformation) ถ้าผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic drug) ให้หยุดยาทันที แล้วปฏิบัติตามแนวทางการรักษาการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในกรณีที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ให้หยุดยาทันที ให้การรักษาแบบประคับประคอง แก้ไขภาวะความผิดปกติการแข็งตัวของเลือด และปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ตามความเหมาะสม

2.2 ในกรณีที่มีภาวะสมองบวม (cerebral edema) ให้การรักษาแบบการรักษาความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure) และถ้ามีร่องกลางของสมองเคลื่อนไปจากตรงกลาง (midline shift) ใน CT scan ให้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์พิจารณา ทำการผ่าตัด

2.3 ในกรณีที่มีอาการชัก ให้ยากันชัก

2.4 การให้ anticoagulant จากการศึกษาและข้อมูลในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่บ่งชี้ชัดเจนว่า การให้ unfractionated heparin หรือ low molecular weight heparin (ยาละลายลิ่มเลือดกลุ่มเฮพารินที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ) จะช่วยยับยั้งภาวะ progressing of thrombosis หรือ re-occlusion ยกเว้นในกรณีต่อไปนี้ คือ cardioembolic stroke, extracranial carotid or vertebral dissection และ cerebral venous thrombosis

2.5 ในกรณีที่มีภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ(hydrocephalus) หรือเกิดการกดเบียดก้านสมอง (brainstem compression) ให้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์

ภาคผนวก ข
แบบประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท

แนวทางการประเมินระบบประสาท (Neurological assessment)

การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว

1. โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) มีคะแนนรวม (score) สูงสุด = 15

การลืมตา (eye opening = E)

ลืมตาได้เอง (Spontaneous opening)	4	คะแนน
ลืมตาเมื่อเรียก (To speech)	3	คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ (To pain)	2	คะแนน
ไม่ลืมตาเลย (None)	1	คะแนน

หมายเหตุ : ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ลืมตาเนื่องจากตาบวมปิด ไม่ต้องพยายามเปิดตรวจ ให้เขียน C (Close) ในช่องคะแนน

ในกรณีลืมตาโดยไม่มี Response เลย ให้ 1 คะแนน

ความสามารถในการสื่อสารที่ดีที่สุด (Best verbal response = V)

พูดรู้ได้ไม่สับสน (Oriented)	5	คะแนน
พูดรู้ได้แต่สับสน (Confuse)	4	คะแนน
พูดเป็นคำ ๆ (Inappropriate)	3	คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (Incomprehensible sounds)	2	คะแนน
ไม่ออกเสียงเลย (None)	1	คะแนน

หมายเหตุ : ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมให้บันทึก T ในช่องคะแนน

ความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response = M)

ทำตามคำสั่ง (Obeys commands)	6	คะแนน
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Purposeful movement or localizes pain)	5	คะแนน
ชักแขน ขาหนี เมื่อเจ็บ (Withdraws to pain / non-purposeful)	4	คะแนน
แขนงอเข้าหาเมื่อเจ็บ (Flexion to pain / decorticate response)	3	คะแนน
แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (Extension to pain / decerebrate response)	2	คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหว (No response)	1	คะแนน

หมายเหตุ การประเมินการทำตามคำสั่งควรทำการตรวจเมื่อผู้ป่วยตื่นแล้ว

การประเมินการทราบตำแหน่งที่เจ็บถ้าผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีกควรกระตุ้นซีกที่เป็นอัมพาตเพื่อจะได้สังเกตดูการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่ดีได้ชัดเจน

decorticate response ผู้ป่วยจะงอแขนเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด การเกร็งของแขนจะออบริเวณข้อศอก ข้อมือข้อเท้าเข้าหาตัวและนิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ แสดงว่ารอยโรคอยู่สูงกว่าใน brain stem เหนือ midbrain

decerebrate response ให้ 2 คะแนนเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะเกร็งแขนแบบเข้าหาลำตัว ข้อศอกเหยียด เกร็งขีดลำตัว ข้อไหล่หมุนเข้าหาลำตัว ข้อมือหันออกจากลำตัว นิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ แสดงว่ารอยโรคอยู่ในระดับ brain stem ได้ midbrain

การบันทึกจะใช้การตอบสนองที่ดีที่สุดในแต่ละด้าน แม้ว่าผู้ป่วยจะตอบสนองเพียงข้างเดียว เช่น ผู้ป่วยมีแขนขวาเหยียดเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด แต่สามารถยกมือซ้ายขึ้นมาบริเวณที่ถูกทำให้เจ็บได้ การบันทึกการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด คือ 3 คะแนน ไม่ใช่ 2 คะแนน เป็นต้น

ข้อควรจำ : การประเมิน GCS ต้องทำหลังจาก resuscitate แล้วเท่านั้น (post- resuscitation GCS) จึงจะเป็นคะแนนที่ถูกต้องและสามารถใช้ในการวางแผนการรักษาและบอกพยากรณ์ของโรคได้แม่นยำ

ภาวะที่ทำให้ประเมิน GCS ผิด

Hypotension (shock)

Hypothermia

Hypoxemia

Drunken (blood alcohol > 100 mg%)

Under sedation

2. ขนาดรูม่านตา ลงบันทึกเป็นขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเป็นมิลลิเมตรและปฏิกิริยาต่อแสง

มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย (บันทึกสัญลักษณ์ + = React)

มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉายช้า (บันทึกตัวย่อ S = sluggish)

ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย (บันทึกสัญลักษณ์ - = no reaction)

ตาปิดซึ่งอาจเกิดจากหนังตาบวม (บันทึกตัวย่อ C = close)

3. กำลังของแขน ขา (motor power)

เกรด 0 หมายถึงไม่มีการเคลื่อนไหว

เกรด 1 หมายถึงมีการหดตัวของกล้ามเนื้อเล็กน้อยแต่ไม่ใช่การเคลื่อนไหวของข้อ

เกรด 2 หมายถึงเคลื่อนไหวได้ในแนวราบแต่ต้านแรงโน้มถ่วงไม่ได้

เกรด 3 หมายถึงสามารถยกต้านแรงโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้

เกรด 4 หมายถึง ยกต้านแรงผู้ตรวจได้พอควร

เกรด 5 หมายถึง มีกำลังปกติ สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้

หมายเหตุ : ต้องประเมินแขนขาทั้งสองข้าง

ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ การทราบข้อแตกต่างของ motor power เล็กน้อย มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือด



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

Neurological signs Record

Name..... Age..... H.N. AN. เพชรรัตน์ 16 B ward..... Bed.....

วันที่	เวลา	Score
Coma Scale	การเปิดตา	4
	การเปิดตา	3
	การเปิดตา	2
	การเปิดตา	1
	การตอบสนองต่อเสียง	5
	การตอบสนองต่อเสียง	4
	การตอบสนองต่อเสียง	3
	การตอบสนองต่อเสียง	2
	การตอบสนองต่อเสียง	1
	การตอบสนองต่อเสียง	1
Motor Power	แขน	Grade 5
	R - แขน Rt.	Grade 4
	L - แขน Lt.	Grade 3
	ขา	Grade 2
	R - ขา Rt.	Grade 1
	L - ขา Lt.	Grade 0
	ขา	Grade 5
	R - ขา Rt.	Grade 4
	L - ขา Lt.	Grade 3
	ขา	Grade 2
Vital Signs	ขนาด Pupil	41°C - 250
	ความดันโลหิต	240
	ชีพจร	40°C - 230
	อัตราการหายใจ	220
	อุณหภูมิ	39°C - 210
	ความดันโลหิต	200
	ชีพจร	38°C - 190
	อัตราการหายใจ	180
	อุณหภูมิ	37°C - 170
	ความดันโลหิต	160
Pain	รูปแบบของการช่วยเหลือใจ	35°C - 150
	C = control / CMV	140
	A = assisted	130
	SI = SIMV	120
	CP = CPAP	110
	T = T-piece	100
	FM = face mask	90
	CM = collar mask	80
	Ca = canular	70
	รูปแบบของการช่วยเหลือใจ	60
Medication	MAP (mm.Hg.)	50
	CP (mm.Hg.)	40
	รูปแบบของการช่วยเหลือใจ	30
	SpO ₂ (%)	20
	Medication	10
		0
		0
		0
		0
		0

ภาคผนวก ค

แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง



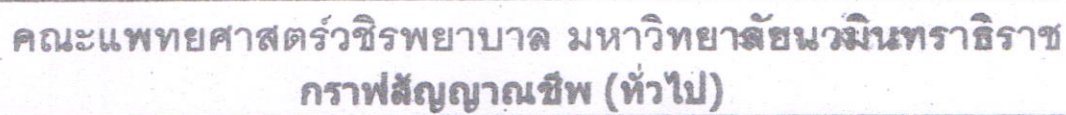
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

การประเมิน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (0-42) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสงสัย Stroke ทุกราย

ชื่อ.....สกุล..... HN.....

วันที่ เวลา							
Level of consciousness	Alert	0					
	Drawsy	1					
	Stuporous	2					
	Coma	3					
Two questions ถามอายุและเดือน	Both correct	0					
	One correct	1					
	None correct	2					
Two commands หลับตา ลืมตา/กำมือ แบมือ	Obeys both	0					
	Obeys one	1					
	Obeys none	2					
Best gaze มองด้านข้าง	Normal	0					
	Partial gaze palsy	1					
	Forced deviation	2					
Best visual (visual field) (ถ้ามีvisual extinction=1)	No visual loss	0					
	Partial hemianopia	1					
	Complete hemianopia	2					
	Bilateral hemianopia	3					
Facial palsy	Normal	0					
	Minor	1					
	Partial	2					
	Complete	3					
Best Motor Lt. arm นอนยกแขน 45 องศา 10 วินาที	No drift	0					
	Drift	1					
	Fall in 10 secs	2					
	No effort against gravity	3					
	No movement	4					
Best Motor Rt. arm นอนยกแขน 45 องศา 10 วินาที	No drift	0					
	Drift	1					
	Fall in 10 secs	2					
	No effort against gravity	3					
	No movement	4					
Best Motor Lt. leg นอนยกขา 30 องศา 5 วินาที	No drift	0					
	Drift	1					
	Fall in 5 secs	2					
	No effort against gravity	3					
	No movement	4					
Best Motor Rt. leg นอนยกขา 30 องศา 5 วินาที	No drift	0					
	Drift	1					
	Fall in 5 secs	2					
	No effort against gravity	3					
	No movement	4					
Limb Ataxia (ถ้าคนไข้ไม่เข้าใจ, paralyzed = 0)	Absent	0					
	Upper or lower	1					
	Upper&lower	2					
Sensory (ถ้าคนไข้ coma, no response at all = 2)	Normal	0					
	Partial loss	1					
	Dense loss	2					
Neglect	No neglect	0					
	Sensory or visual	1					
	Sensory&visual	2					
Dysarthria	Normal articulation	0					
	Mild to moderate	1					
	Severe	2					
Best language /Aphasia	No aphasia	0					
	Mild to moderate	1					
	Severe	2					
	Mute, Global, Coma	3					
Total		42					
ลงชื่อ รหัส							

ภาคผนวก ง
แบบบันทึกสัญญาณชีพและ
แบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต



ชื่อ..... อาศัย..... หมู่ HN..... AN..... Ward..... Pr. 16 B ตำบล.....

[illegible]



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้บัญชาการกองกำลัง

(นางสาวกัญญา วัฒนศิริ)
ผู้อำนวยการศูนย์ฯ

ใบบันทึกสัญญาณชีพและอื่นๆ (RECORD OF VITAL SIGNS AND OTHERS)

๒๕๖๓ ๑ HN AN ward ๑๕ 16 B

การวินิจฉัย

[illegible]

สิงหาคม 2563

MR 14.2 แก้ไขครั้งที่ 02 จำนวน 1 หน้า

ภาคผนวก จ
แบบประเมินผู้รับบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

แบบประเมินผู้รับบริการมารับเข้าหอผู้ป่วย

1/2

HN..... AN..... อายุ.....

ชื่อ-สกุล..... เพศ.....

พร. 16 B

หอผู้ป่วย.....

บ้านพัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม.

วันที่รับ..... เวลา.....

นำส่งโดย ☐ รพ. ☐ เพลนอน ☐ เติมน้ำ ☐ ผู้นำส่ง.....
แหล่งข้อมูลได้จาก ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ ระบุ..... ☐บุคคลที่เกี่ยวข้อง ระบุ..... ☐แฟ้มประวัติ, เวชระเบียน
สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ = °C ชีพจร = ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = ครั้ง/นาที BP = mmHg.

อาการสำคัญ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

1. กิจกรรม/การพักผ่อน (Activity / Rest) (Subjective data)

- การออกกำลังกาย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- การนอน นอนหลับ..... ชม./วัน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
- ปัญหาการนอนหลับ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... สิ่งที่ช่วยให้หลับ.....
- การตอบสนองของร่างกายขณะทำกิจกรรม ☐ ปกติ ☐ เหนื่อย ☐ อื่นๆ ระบุ.....

2. การไหลเวียนโลหิต (Circulation) (Objective data)

- อัตราการเต้นของหัวใจ ☐ normal ☐ Tachycardia ☐ Bradycardia ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- จังหวะการเต้นของหัวใจ ☐ regular ☐ Irregular
- ปลายมือ - แขนขา ☐อุ่น ☐เย็น - สีผิว ☐ปกติ ☐เหลือง ☐ซีด ☐เขียว - Capillary refill..... วินาที

3. ความสมบูรณ์ของจิตใจ อารมณ์ (Ego integrity) (Objective data and Subjective data)

- สภาพอารมณ์ / ความรู้สึก ☐ ปกติ ☐ ซึมเศร้า ☐ วิตกกังวล ☐ สิ้นหวัง ☐ ซากที่ทิ้ง ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ความวิตกกังวล ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ การเจ็บป่วย ☐ ค่าใช้จ่าย ☐ ครอบครัว ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ☐ ดี ☐ ไม่ดี
- นับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในขณะป่วยครั้งนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

4. การขับถ่าย (Elimination) (Subjective data)

- การขับถ่ายปัสสาวะ ☐ ปกติ..... ครั้ง/วัน
- ☐ ผิดปกติ ☐ ปัสสาวะแสบขัด ☐ ปัสสาวะเป็นเลือด ☐ ใส่สายสวนปัสสาวะคา ☐ ใช้อุปกรณ์ช่วย.....
- การขับถ่ายอุจจาระ ☐ ปกติ..... ครั้ง/วัน
- ☐ ผิดปกติ ☐ ท้องเสีย ☐ ท้องผูก ☐ ใช้ยาระบาย ☐ สวน
- Ostomy ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ดูแลได้เอง ☐ อาศัยผู้อื่นช่วย

5. อาหารและน้ำ (Food & Fluid) (Subjective data and Objective data)

- ชนิดของอาหารที่รับประทาน ☐ เฉพาะโรค ☐ ธรรมดา ☐ อ่อน ☐ เหนียว ☐ ทางสายยาง ☐ อาหารเสริม ระบุ.....
- อาหารที่แพ้..... อาการที่แพ้.....
- อาการผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ เบื่ออาหาร ☐ กลืนลำบาก ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ในช่วง 3 เดือนมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... น้ำหนักเพิ่ม..... กก. ☐ น้ำหนักลด..... กก.
- ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มระบุปริมาณ...../วัน ระยะเวลา..... เดือน/ปี
- ปัจจุบัน ☐ ยังไม่เลิก ☐ เลิกแล้วระบุระยะเวลา..... เดือน/ปี
- ดื่มน้ำ วันละ..... แก้ว
- ความพึงพอใจของผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

พฤศจิกายน 2555

MR 03.1 แก้ไขครั้งที่ 01


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

แบบประเมินผู้รับบริการมารับเข้าหอผู้ป่วย

2/2

6. สุขอนามัยส่วนบุคคล (Hygiene)		(Subjective data)	(Objective data)
- การทำความสะอาดร่างกาย	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	
- การขับถ่าย	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	
- การรับประทานอาหาร	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	

7. การรับรู้และประสาทสัมผัส (Neurosensory)		(Subjective data)	(Objective data)
- การรับรส	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- การได้กลิ่น	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- การมองเห็น	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ซ้าย/ขวา) ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- การได้ยิน	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ซ้าย/ขวา) ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- กาลังของแขน	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- กาลังของขา	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- อาการชาของแขน/ขา	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- ระดับความรู้สึกตัว	☐ ตื่นตัว ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ครึ่งหลับครึ่งตื่น ☐ ไม่รู้สึกตัว		

8. ความเจ็บปวด/ไม่สุขสบาย (Pain / Discomfort) (Subjective data and Objective data)	
- ตำแหน่งที่ปวด	☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
ความปวด (Scale 0-10)	
ลักษณะความปวด	☐ ปวดตื้อๆ ☐ ปวดร้าว ☐ ปวดแปลบปวดร้อน ☐ ปวดเหมือนมีอะไรมาทับ ☐ อื่นๆ
อาการที่กำเริบ	☐ ไม่มี ☐ มีระบุ ☐ หอบเหนื่อย ☐ คลื่นไส้ ☐ อาเจียน ☐ ซา ☐ อื่นๆ ระบุ.....
ปัจจัยเสริมความปวด	☐ เคลื่อนไหว ☐ ความร้อน/เย็น ☐ อื่นๆ ระบุ.....
วิธีการบรรเทาปวดที่เคยใช้	☐ ประคบร้อน ☐ ประคบเย็น ☐ นวด ☐ รับประทานยา ☐ อื่นๆ ระบุ.....

9. การหายใจ (Respiration) (Subjective data and Objective)	
- การหายใจ	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ ☐ ตื้น-สั้น ☐ เร็ว ☐ หอบเหนื่อย ☐ หดหายใจเป็นพักๆ ☐ หายใจปึกฉก/ฉาบ
	☐ ใช้กลืนเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ ☐ T-Tube ☐ E-T tube
- การไอ	☐ ไม่มี ☐ มีระบุลักษณะและระยะเวลา.....
- การได้รับอุบัติเหตุ/การผ่าตัดเกี่ยวกับทรวงอก	☐ ไม่เคย ☐ เคยระบุ.....
- การขยายตัวของทรวงอก	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
- เสียงปอด	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ Creptitation ☐ Wheezing ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ประวัติการสูบบุหรี่	☐ ไม่สูบ ☐ สูบ วันละ..... มวน/ซอง ระยะเวลา..... เดือน/ปี
	ปัจจุบัน ☐ ยังไม่เลิก ☐ เลิกแล้วระบุระยะเวลา..... เดือน/ปี
- ประวัติการใช้ออกซิเจน	☐ ไม่มี ☐ มีระบุ ☐ canular ☐ mask ☐ collar mask ☐ ใช้บางครั้งเมื่อจำเป็น ☐ ใช้ตลอดเวลา



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

แบบประเมินผู้รับบริการมารับเข้าหอผู้ป่วย

3/2

10. ความปลอดภัย (Safety) (Subjective data and Objective data)

- ประวัติเกี่ยวกับแพ้/สารเคมีและปฏิกิริยาตอบสนอง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุสิ่งที่แพ้และอาการ.....
- ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุยาที่แพ้.....

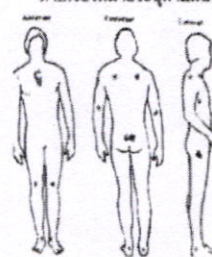
อาการที่แพ้.....

- การได้รับอุบัติเหตุ ☐ ไม่เคย ☐ เคยระบุเวลา.....
- ประวัติการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุเวลา.....
- ใต้อุปกรณ์เสริมในร่างกาย ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- อุปกรณ์ต่อการสื่อสาร/การมองเห็น ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- การเดิน / การเคลื่อนไหว ☐ ปกติ ☐ มีผิดปกติ ระบุ.....
- คะแนนประเมินระดับความเสี่ยงต่อการลัดตกหกล้ม / ตกเตียง.....
- แผลกดทับบนกรับ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุตำแหน่งที่เป็น.....

ระดับแผลกดทับ

- ☐ DTI ผิวหนังยังไม่อักเสบ สีมัวเป็นสีม่วงเข้ม
- ☐ ระดับ 1 มีรอยแดงไม่จางหายไปภายใน 30 นาที
- ☐ ระดับ 2 ผิวหนังเป็นรอยลอกหรือพองเป็นตุ่มน้ำใส
- ☐ ระดับ 3 เกิดแผลลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง
- ☐ ระดับ 4 เกิดแผลลึกถึงเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ กระดูก
- ☐ Unstageable พื้นแผลทั้งหมดถูกปกคลุมด้วย Slough / Eschar

ทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่พบ



- ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Score) =คะแนน

11. อนามัยทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality) (Subjective data)

- ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ (สอบถามในกรณีที่มีผลกระทบต่อโรคที่เป็น) ☐ ไม่มีผล ☐ มีผลระบุ.....
- การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอบถามในกรณีที่มีผลกระทบต่อโรคที่เป็น) ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- ความผิดปกติของเต้านม ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- ผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- การได้รับฮอร์โมน/ยาคุมกำเนิด ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ ได้รับระบุ.....
- การมีประจำเดือน ประจำเดือนครั้งสุดท้ายอายุ.....ปี ประจำเดือนครั้งสุดท้ายอายุ.....ปี
- อาการผิดปกติ ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....

12. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) (Subjective data)

- สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่
- ลักษณะของครอบครัว ☐ เดี่ยว ☐ ขยาย - จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
- ความรับผิดชอบ ☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกของครอบครัว
- ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านของตนเอง ☐ บ้านเช่า
- ลักษณะบ้าน ☐ บ้านชั้นเดียว ☐ บ้าน 2 ชั้น ☐ ห้องเช่า ☐ อื่นๆระบุ.....
- อาชีพ ☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง ☐ เกษตรกรรม ☐ แม่บ้าน ☐ อื่นๆระบุ.....
- รายได้ของครอบครัว ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
- สิทธิการรักษา ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา ระบุ..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....
- ผู้ดูแลระบุ..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....
- สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ระบุ.....


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

แบบประเมินผู้รับบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย

4/2

13. การเรียนรู้ (Teaching / Learning) (Subjective data)

- การอ่านหนังสือ ☐ ไม่ได้ ☐ ได้
- ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา ☐ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
- ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ☐ รอให้หายเอง ☐ ซื้อยารับประทาน ☐ ไปพบแพทย์ ☐ ไปหาพระ ☐ อื่นๆระบุ.....

14. ข้อมูลอื่นๆ

- ต้องการใบรับรองแพทย์ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการเพื่อ
- ประวัติการใช้ยาอื่นๆนอกเหนือการรักษาของแพทย์

ชื่อ/นาม/วิธีใช้	ชื่อ/นาม/วิธีใช้	ชื่อ/นาม/วิธีใช้

 ลงชื่อพยาบาล..... (ตัวบรรจง)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

(รศ.นพ.จักรวาล มณีฤทธิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

บันทึกการยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (INFORMED CONSENT FOR ADMISSION)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....

ข้าพเจ้าสมัครใจให้ ผู้ป่วยชื่อ.....เข้าเป็นผู้ป่วยในของ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลตามคำแนะนำของแพทย์ ข้าพเจ้ารับทราบเหตุผลและยินยอมให้แพทย์ บุคลากรทีมสุขภาพ
ทำการตรวจรักษาให้สารน้ำ ยา การให้ยาระงับความรู้สึก ใส่สายให้อาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ ตามความจำเป็นและเหตุผล
ทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพโดยระยะเวลาในการรักษาร่วมกับโรคของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
แต่หากจะมีการผ่าตัด/ ทำหัตถการทางเลือกอื่นๆ ที่เป็นไปได้จะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี
ข้อเสีย ผลการรักษาข้อพิจารณาและให้ความยินยอมเป็นกรณีไป ยกเว้นถ้าเป็นเหตุฉุกเฉินหรือเพื่อชีวิต ข้าพเจ้า
ยินยอมให้แพทย์ และทีมบริการดำเนินการได้ตามที่เห็นสมควร แต่อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้าทราบดีว่าการรักษาด้วยวิธีการ
ดังกล่าว อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น การติดเชื้อ การแพ้ยาบางชนิดที่ผู้ป่วยอาจทราบหรือไม่ทราบมาก่อน
ซึ่งหากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นอาจจะเป็นอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือชีวิตผู้ป่วยได้

ข้าพเจ้าทราบดีว่าคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลย่อมจะมีบุคลากรทีม
สุขภาพ ประกอบด้วยแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรอื่นๆ
ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วมดูแล ตรวจวินิจฉัยรักษา และผู้ป่วยยินยอมกลับบ้าน ก่อนเวลา 12.00 น. ของวันที่แพทย์จำหน่าย
และญาติยินยอมรับผู้ป่วยกลับตามเวลาดังกล่าว

ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ.....พยาน
(.....)
(.....)

วันที่.....เวลา.....น. วันที่.....เวลา.....น.
(กรณีพิมพ์นิ้ว ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา) (กรณีพิมพ์นิ้ว ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

☐ ไม่มีพยานเนื่องจากผู้ให้ความยินยอมมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

วันที่.....เวลา.....น. วันที่.....เวลา.....น.

☐ แพทย์ ☐ พยาบาล

เจ้าหน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในฐานะพยาน

ภาคผนวก จ
แบบประเมินการกลืน

แบบประเมินความพร้อมกลับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อ..... อายุ..... ปี HN..... หอผู้ป่วย

คำชี้แจงให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย X ลงใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นความจริง

๑. ผู้ป่วยตื่นและรู้สึกตัวหรือตอบสนองต่อคำพูดได้หรือไม่

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

๒. ผู้ป่วยสามารถนั่งตัวตรงพร้อมกับควบคุมศีรษะในท่านั่งได้หรือไม่

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

๓. ผู้ป่วยสามารถโอ้ได้ตามคำบอกได้หรือไม่

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

๔. ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำลาย/กลืนน้ำลายได้หรือไม่ (ไม่มีน้ำลายไหลออกมุนปาก)

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

๕. ผู้ป่วยสามารถเอาลิ้นและริมฝีปากด้านบนและด้านล่างได้หรือไม่

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

๖. ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองและโล่ง

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

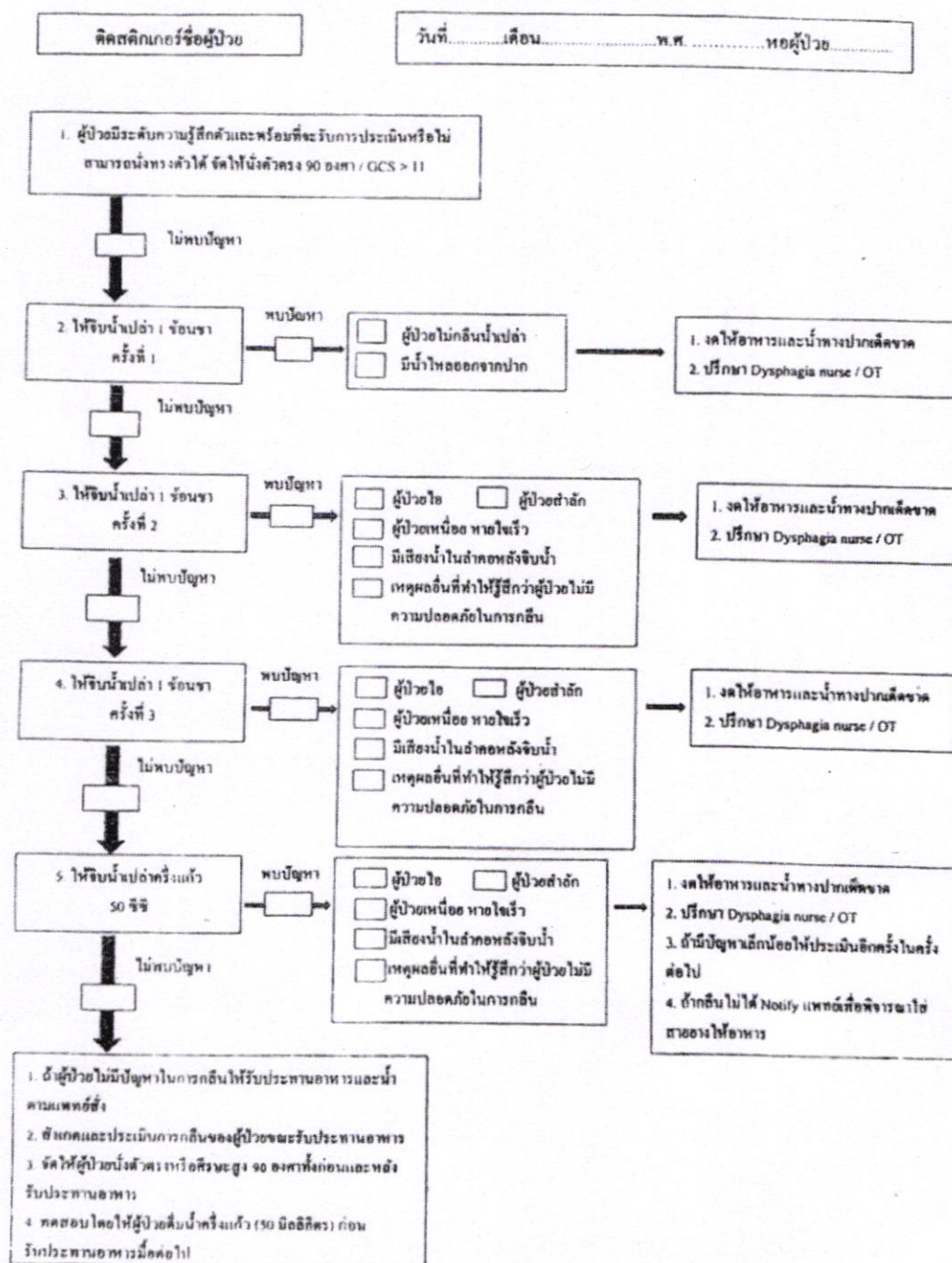
๗. ให้ผู้ป่วยพูดแล้วมีเสียงแหบหรือเสียงกระหิคราค

☐ มี ☐ ไม่มีถ้าคำตอบข้อ ๑-๖ "ไม่ได้" "มี" ☐ ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะกลับ..... ถ้าตอบ "ได้" "ไม่มี" ☐ ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับ ☐ ห้ามแบบประเมินที่ ๒

อ้างอิงจาก..... Stroke Unit โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

แบบประเมินการกลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบประเมินการกลืนที่ 2



อ้างอิงจาก.....สถาบันประสาทวิทยา

ภาคผนวก ข

แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

(แพทย์ พยาบาล เภสัชกร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....HN.....AN.....	
ออกจากหน่วยงาน.....วันที่.....เวลา.....หน่วยงานปลายทาง.....วันที่.....เวลา.....	
สภาพก่อนเคลื่อนย้าย (ภายใน 30 นาที)	
BP.....mmHg P...../min RR...../min T.....°C SpO ₂% pain score.....NEWS.....	
ระดับความรู้สึกตัว GCS.....คะแนน E.....M.....V..... pupil RT.....mm RTL/fix/dilate LT.....mm RTU/fix/dilate	
ผลการประเมิน (เกณฑ์ตามความเสี่ยงแบบประเมินการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย)	สิ่งที่มักกับผู้ป่วย
Airway & Breathing ☐ ทางเดินหายใจโล่ง RR/ SpO ₂ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ☐ มีโอกาสเกิดความเสี่ยง ○ เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ○ ใส่ท่อช่วยหายใจ ○ ภาวะพร่องออกซิเจน/ เสี่ยง ○ risk to aspirate ○ chest drainage	☐ Oxygen supplement ปริมาณที่ให้.....LPM ○ mask with mask ○ canular ○ T-piece ○ Collar mask ☐ Intubation และ mode of ventilator ○ oro-endorhacheal No..... mark มุมปาก..... ○ nasotracheal No..... mark มุมปาก..... ○ tracheostomy No..... ○ CMV ○ SIMV ○ spontaneous ☐ Airway adjunct ○ oropharyngeal No..... ○ nasopharyngeal No..... ☐ Chest drain ○ Left No.....mark..... ได้ ○ ซม ○ เลือด.....ml หนอง.....ml ○ Right No.....mark..... ได้ ○ ซม ○ เลือด.....ml หนอง.....ml
Circulation ☐ SBP/ HR/ EKG อยู่ในเกณฑ์ปกติ ☐ มีโอกาสเกิดความเสี่ยง ○ SBP < 90/ MAP < 65/ DBP ≥ 120 ○ tachy-bradyarrhythmia ○ myocardial infarction, high risk ○ ได้รับ fluid/ drug to resuscitate ○ new pacemaker/ post cardiac arrest ○ uncontrolled bleeding	☐ Fluid/ blood/ medication.....lines ○ Peripheral at ○ upper limb Rt/Lt ○ lower limb Rt/Lt ○ Central cavafix at ○ internal jugular V ○ subclavian V. IV ชนิด.....อัตราปัจจุบัน.....ml/hr. เหลือ.....ml IV ชนิด.....อัตราปัจจุบัน.....ml/hr. เหลือ.....ml IV ชนิด.....อัตราปัจจุบัน.....ml/hr. เหลือ.....ml Inotropes ชนิด.....อัตราปัจจุบัน.....ml/hr. เหลือ.....ml. Medicationอัตราปัจจุบัน.....ml/hr. เหลือ.....ml. Medicationอัตราปัจจุบัน.....ml/hr. เหลือ.....ml. Blood ชนิด.....อัตราปัจจุบัน.....ml/hr (unit ปัจจุบัน unit ที่.....) Blood ชนิด.....อัตราปัจจุบัน.....ml/hr (unit ปัจจุบัน unit ที่.....)
Disability ☐ ระดับความรู้สึกตัวหรือไม่เปลี่ยนแปลง pain score < 4 ไม่มีประวัติสงสัยการบาดเจ็บของไขสันหลัง ☐ มีโอกาสเกิดความเสี่ยง ○ alteration of conscious ○ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บไขสันหลัง ○ เสี่ยงต่อภาวะชัก	☐ Cervical collar ☐ Long spinal board ☐ Splint ○ arm Rt/ Lt ○ leg Rt/ Lt ○ hip
Device	☐ NG tube no..... ☐ gastrostomy tube no..... ☐ jejunostomy no..... ☐ foley's catheter no..... ☐ cystostomy tube no..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สิงหาคม 2564

FM-SLT-008 แก้ไขครั้งที่ 00 จำนวน 1/2 หน้า



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

(นศ.นพ.พรชัย เศรษฐาวันงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

สรุปปัญหาและอาการของผู้ป่วย

.....
.....
.....
.....

ความเสี่ยง/ ปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง

1.
2.
3.
4.
5.

สรุปเรื่องที่จะต้องติดตาม (เช่น Lab, X-ray, Consult)

1.
2.
3.
4.
5.

สิ่งของที่ส่งไปพร้อมผู้ป่วย

- ☐ แฟ้มประวัติ ☐ แฟ้มประวัติ (แบ่งเก็บ) ☐ เวชระเบียน (OPD card) ☐ บัตรประจำตัว ร.พ. ผู้ป่วย
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ☐ ฟิล์ม ☐ x-ray จำนวน.....ซอง ☐ x-ray จำนวน.....ซอง
- ☐ MRI จำนวน.....ซอง ☐ Ultrasound.....ซอง
- ☐ ของมีค่าและของใช้ส่วนตัว.....

ลงชื่อผู้ส่งผู้ป่วย..... ลงชื่อผู้รับผู้ป่วย.....

ภาคผนวก ข

การวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD

การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย คือ กระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตกับครอบครัวและสังคมได้ โดยใช้แนวคิด D-METHOD model เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลโดยญาติผู้ดูแลประกอบด้วย

D : Diagnosis คือ ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M : Medicine คือ แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา

E : Environment /Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝนอาชีพใหม่

T : Treatment คือ บอกเป้าหมายในการรักษาและทักษะที่เป็นไปตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล การดูแลสายให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนแสบสภาวะ รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วย

H : Health คือ การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

O : Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D : Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประวัติผู้เขียน

1. ชื่อ - สกุล

(ภาษาไทย) นางสาววิภารัตน์ โนนกลาง

(ภาษาอังกฤษ) Miss. Wiparat Nonklang

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช

3. สถานที่ทำงาน

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช

โทรศัพท์ 02-244-3112, 02-244-2681

โทรศัพท์มือถือ 08-2705-0652

Email address wiparat@nmu.ac.th

4. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์(สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล)

สำเร็จการศึกษา ปี พ.ศ. 2554

ประกาศนียบัตร หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันประสาทวิทยา ปี พ.ศ. 2561

5. สาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญพิเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๖๕๗๘

วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือปฏิบัติงาน

เรียน หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม

ด้วย นางสาววิภารัตน์ โนนกลาง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๒๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ นางสาวณัฐพิมล วงศ์เชษฐา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนนิษฐ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ตรวจทาน

ผู้บันทึก

ลงนาม



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ /

วันที่ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือปฏิบัติงาน

เรียน นางอรษา พิริยะสุระวงศ์

ด้วย นางสาววิภารัตน์ โนนกลาง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๒๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ นางอรษา พิริยะสุระวงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนวนิชย์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ตรวจทาน.....
พิมพ์..... ลงนาม.....



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๐๕๕๐

วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือปฏิบัติงาน

เรียน นางสาวนุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์

ด้วย นางสาววิภารัตน์ โนนกลาง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๒๐) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง”

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนนิษฐ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ตรวจทาน

ผู้พิมพ์

ส่งเอกสาร

ลงนาม



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หน่วยงานหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๑๖B โทร. ๓๑๑๒, ๓๖๘๑)

ที่ พวช. ๑๒ /

วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอรับรองการนำคู่มือการปฏิบัติงานมาใช้จริงในหน่วยงาน

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๑๖B

ด้วย ข้าพเจ้านางสาววิภารัตน์ โนนกลาง ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลของบุคลากรพยาบาล ให้มีการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วนและต่อเนื่องที่ครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้ได้เริ่มดำเนินการจัดทำคู่มือและนำมาใช้ในทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นมา และในขณะนี้ยังคงใช้คู่มือปฏิบัติงานอยู่

ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์ขอรับรองว่า คู่มือปฏิบัติงานดังกล่าวนี้ได้นำมาใช้จริงในหน่วยงาน เพื่อใช้ประกอบการขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

Amrta Noonglang

(นางสาววิภารัตน์ โนนกลาง)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เรื่อง ทบทวนการทบทวนผลดำเนินงาน

ทบทวนผลดำเนินงาน โนนกลาง ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานเรื่องหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และนำมาใช้ในทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นมา และในขณะนี้ยังคงใช้คู่มือปฏิบัติงานอยู่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

อรุณ พิชัยสุวรรณ์

(นางอรุณ พิชัยสุวรรณ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๑๖B

ผู้แทนทีมพัฒนาคุณภาพ

น.ส. วิภารัตน์ โนนกลาง ได้จัดทำ

คู่มือปฏิบัติงานเรื่องหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และนำมาใช้ในทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นมา และในขณะนี้ยังคงใช้คู่มือปฏิบัติงานอยู่

ทบทวนผลดำเนินงาน โนนกลาง ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานเรื่องหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และนำมาใช้ในทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นมา และในขณะนี้ยังคงใช้คู่มือปฏิบัติงานอยู่

และในขณะนี้ยังคงใช้คู่มือปฏิบัติงานอยู่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

นางอรุณ พิชัยสุวรรณ์
ผู้แทนทีมพัฒนาคุณภาพ

สำหรับ

นางสาววิภารัตน์ โนนกลาง

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ ออกรับ เพื่อดำเนินการ

(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนวิชัย)

พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

- รักษาราชการ

- รองหัวหน้าฝ่าย

ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

นางสาวกัญติพร เกื้อสมบุญ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าสาขาการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

การพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล