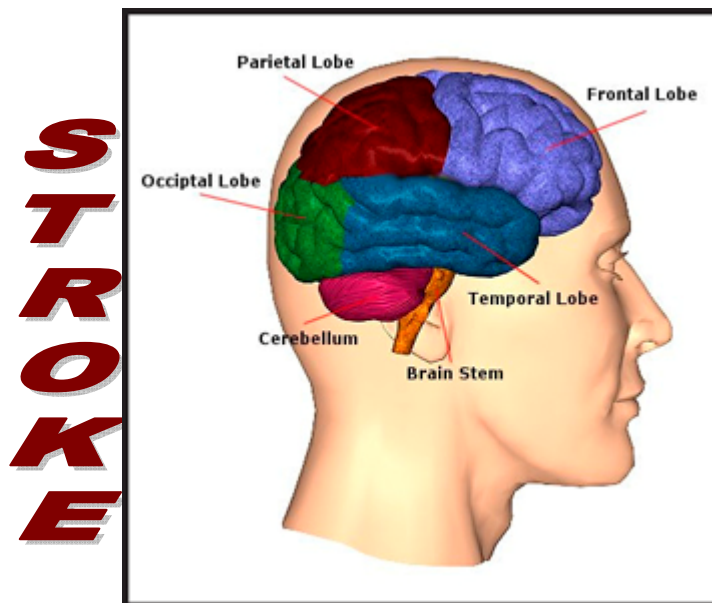


การดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
สำหรับบุคลากรสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2554



เรียบเรียงโดย นางพรทิพย์ จักชุติพิทย์**

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข* ปีงบประมาณ 2554

Neuroanatomy and Function of Intracranial and Extracranial vessels

โดย น.พ.สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์

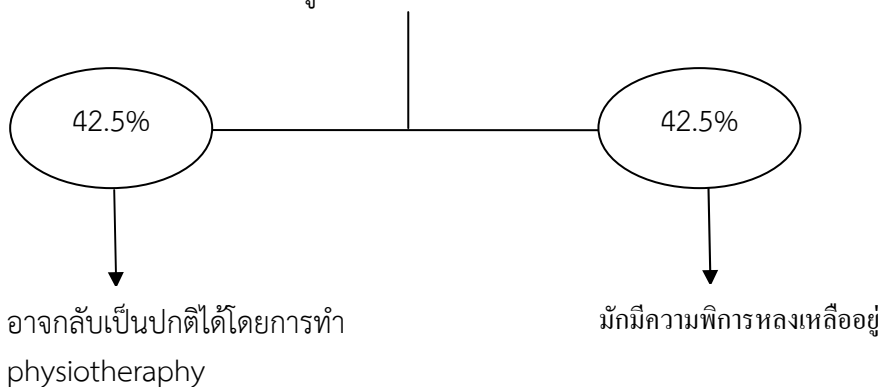
risk factor ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

- จากโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 80% เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน และกลายเป็น infarction อีก 20% เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก (Hemorrhage) (ประมาณ 1/3 ของประชากรที่อายุมากกว่า 40 ปี มักเป็นโรคความดันโลหิตสูง)
- การสูบบุหรี่

ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประมาณ 130,000 ราย / ปี / ประชากรไทย

ประมาณ 85% ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง



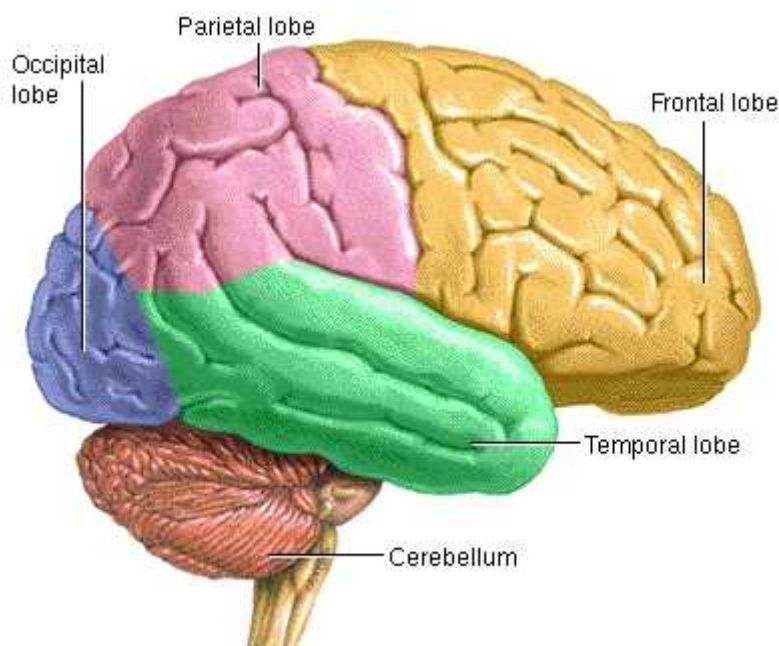
* สรุปผลการอบรมระยะสั้นพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554 ระหว่างวันที่ 25 - 29 เมษายน 2554 ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์ประสพ รัตนากร อาคารอำนวยการ ชั้น 3 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

** นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

การเกิดเลือดออกในสมอง

- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงแล้วเสี่ยงต่อการเกิด hemorrhage เฉียบพลัน คือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 170/110 mmHg (ค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 170 mmHg และค่าความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 110 mmHg)
- ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเกิดจาก Intracranial แล้วดันเนื้อสมองเกิด hernia ที่สมองส่วนท้ายแล้วไปกด medulla oblongata
- จุดเลือดออกแม้เพียง 3 เซนติเมตรที่สมองเล็กก็เป็น emergency case ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงควรได้รับการผ่าตัดอย่างรีบด่วนทันที

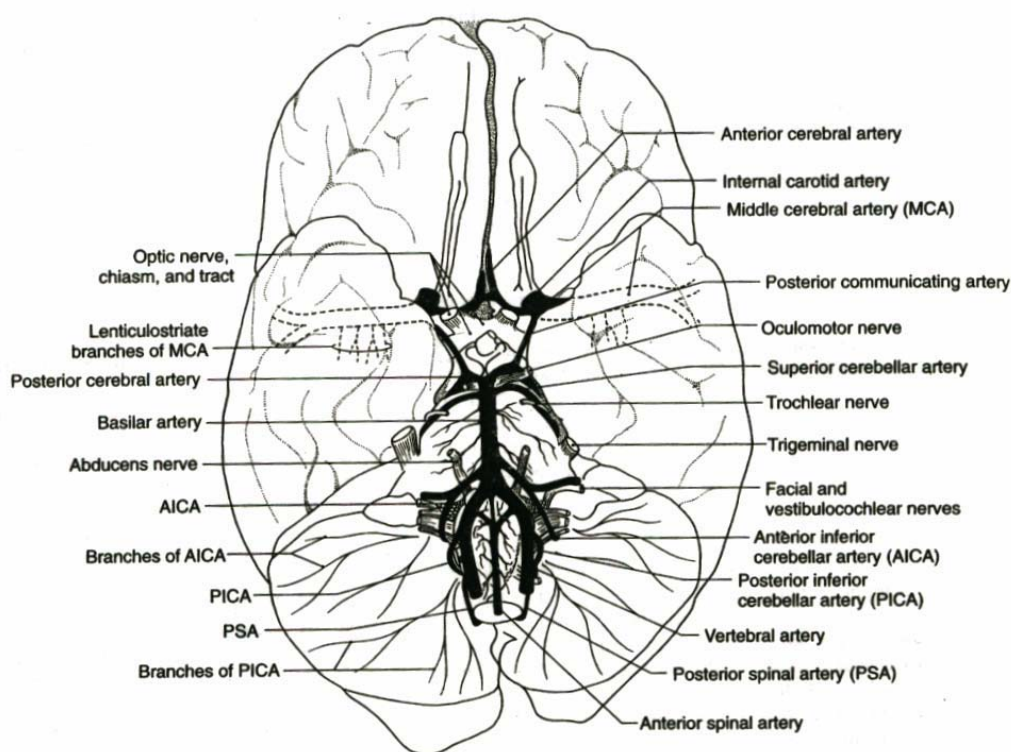
กายวิภาคของสมอง



ส่วนประกอบของสมอง

1. ฟรอนทัล โลบ (Frontal lobe) : สมองกลีบหน้า หรือ สมองกลีบหน้าผาก
ทำหน้าที่ ควบคุมด้านการวางแผน การจัดการ การแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก จิตสำนึก การออกเสียงพูด ความจำ ทักษะการเคลื่อนไหว และการคิดคำพูด
2. พาไรทัล โลบ (Parietal lobe) : สมองกลีบข้างศรีษะ
ทำหน้าที่ ควบคุมการรับความรู้สึกจากการสัมผัสต่าง ๆ ในร่างกาย และการทำงานประสานกันของมือและตา

3. ออกซิพิตัล โลบ (Occipital lobe) : สมองกลีบท้ายทอย
ทำหน้าที่ ควบคุมการรับรู้ทางด้านการมองเห็นภาพ และการประมวลภาพ แปลความหมายและเข้าใจในสิ่งที่มองเห็น
4. ซีรีเบลลัม (Cerebellum) : สมองน้อยหรือสมองเล็ก
ทำหน้าที่ ควบคุมรักษาสมดุลการทรงตัว และควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายให้ทำงานสัมพันธ์กัน เช่น แขนและขา
5. เทมพอรัล โลบ (Temporal lobe) : สมองกลีบขมับ
ทำหน้าที่ ควบคุมการรับรู้ทางด้านการได้ยินเสียง ความเข้าใจในภาษา และความจำ



ระบบสมองและเส้นประสาท

1. สมอง (brain)
 - 1.1 สมองส่วนหน้า (Forebrain)
 - สมองใหญ่ (cerebrum)
มีส่วนของการควบคุม การเคลื่อนไหว, speech, thinking, skill, taste เป็นส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ และความทรงจำ
 - 1.2 สมองส่วนกลาง (Midbrain)
เป็นส่วนหนึ่งของก้านสมองและเป็นจุดศูนย์กลางของรีเฟล็กซ์เกี่ยวกับการมองเห็น (visual reflex) และรีเฟล็กซ์เกี่ยวกับการได้ยิน (auditory reflex)

1.3 สมองส่วนท้าย (Hindbrain)

- เมดัลลาออบลองกาตา (medulla oblongata)
- เซรีเบลลัม (cerebellum)
- พอนส์ (pons)

สมองส่วนท้าย หรือส่วนหลัง ทำหน้าที่ควบคุมระบบที่เกิดขึ้นกับร่างกาย โดยไม่รู้ตัว
 ข่าวสารทั้งหมดจะเข้ามาที่สมองส่วนหลัง โดยผ่านทางก้านสมอง สมองส่วนหลังนี้จะ
 ควบคุมการเคลื่อนไหว การทรงตัว และรักษาสมดุลของร่างกาย ขั้นตอนในการทำงาน
 ต่างๆ และทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำอัตโนมัติ

2. ก้านสมอง (brain stem)

3. เส้นประสาท (nerve)

- เส้นประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic)
- เส้นประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic)

การออกกำลังกาย (exercise) สมอง

- อ่านหนังสือให้เยอะ (การดูโทรทัศน์ไม่ใช่ exercise)
- ฝึกการคำนวณ (ไม่ใช่เครื่องคิดเลข)

การออกกำลังกายทำให้เกิด HDL สูง และถ้ามี HDL สูงก็จะลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ
 โรคหลอดเลือดหัวใจ

กรณีที่จะให้ยา rTPA (ยาละลายลิ่มเลือด)

ภายใน 0 – 3 ชั่วโมง (หลังมีอาการ) สามารถฉีดยาไปละลายก้อนเลือด (blood clot)

ภายใน 4.5 – 6 ชั่วโมง (หลังมีอาการ) สามารถให้ยาได้แต่ต้องมี criteria เพิ่ม

*** ปัจจุบันทางการแพทย์กำหนดระยะเวลาที่สามารถให้ยา rTPA (ยาละลายลิ่มเลือด)
 ในระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน

*** แต่ถ้าเกิน 4.5 ชั่วโมง จะเกิดเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่า เพราะยา rTPA
 (ยาละลายลิ่มเลือด) ที่ให้จะไปทำให้เลือดกระจายไปที่เยื่อหุ้มสมองบริเวณที่เนื้อสมองตาย

Management of Ischemic stroke

แนวทางการรักษา และการป้องกันกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

โดย น.พ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ในประเทศไทย ประมาณ 70 – 80% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) มักพบว่าเป็นชนิดตีบ หรือ อุดตัน (Ischemic Stroke) การรักษาผู้ป่วยมักทำใน Stroke Unit, การรักษาด้วย rTPA (ยาละลายลิ่มเลือด) เป็นความก้าวหน้าของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ หรือ อุดตันในปัจจุบัน การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่สำคัญ คือ ควรปรับปรุงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องระบบเครือข่าย รวมทั้งการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็น

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

clinical Dx. : ให้ยึดตามการซักประวัติ และการตรวจร่างกายเป็นหลัก

1. อาการเฉียบพลันทันทีทันใด (Sudden onset)
2. อาการเฉพาะที่ทางระบบประสาท (focal deficit)
 - เช่น การสูญเสีย function ของการทำงานเนื่องจากระบบประสาทถูกทำลาย
 - พบบ่อยเป็นอัมพาตครึ่งซีก อัมพฤกษ์ครึ่งซีก
 - การออกเสียงค่อนข้างลำบาก (speech difficulty)
 - ชนิด ระดับ 1^o ลื่นแข็ง มีความผิดปกติทางภาษา (dysarthria) จาก
 - การควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ
 - ชนิด ระดับ 2^o มีความผิดปกติทางการออกเสียง (aphasia)
3. ปัจจัยเสี่ยง (risk factors)
 - อายุ : ทุก ๆ 10 ปีที่อายุเพิ่มขึ้น (old age) จะเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่า
 - ความดันโลหิตสูง (Hypertension)
 - การสูบบุหรี่ (smoking)
 - เบาหวาน (DM)
 - ไขมันในเลือดสูง
 - โรคหัวใจ
4. การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury)

การยืนยัน (Dx. ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง)

Brain imaging

- CT Scan เป็นส่วนใหญ่
- MRI
- Cardiac test
 - X-rays, EKG

- Blood test
blood sugar, BUN, Cr, electrolytes

*** กรณีที่ผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดต่ำ (อาการจะคล้าย Stroke)

- Blood sugar ต่ำกว่า 30 mg/dl
- มักซึม (แต่ถ้า push glucose น้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยก็จะไม่มีอาการอ่อนแรง)

การจัดการทั่วไป

General supportive care

- Airway, Breathing, Circulation
- Fever
ไข้ > 37.5 °C ต้องรักษาให้ไข้ลง เพราะอาการไข้ทำให้สมองตายขึ้นเรื่อยๆ
- Blood glucose
ส่วนใหญ่ stroke มักจะมี blood sugar ↑ เพราะ stroke มักเกิดจาก stress ถ้าน้ำตาล ↑ สมองตาย ↑ เนื่องจากเกิดจาก Acidosis ของน้ำตาล
- Hypertension
ถ้าความดันโลหิตไม่สูงเกินกว่า 220/110 mmHg ให้ rest
ถ้าความดันโลหิตสูงเกินกว่านี้ ควร maintain ไม่ให้สูงเกิน 10% และให้ยาลดความดันตัวอื่นได้ เช่น captopril (ห้ามให้ Adalat sublingual เด็ดขาด)
- IV fluid
- Treatment of underlying disease
- ยาลดความดันโลหิต
captopril oral ได้ห้ามให้ Nifedipine sublingual
- Aspirin in first 48 ชั่วโมง
2 เม็ด oral
- Stroke Unit
มี care map
มี ward stroke
- Craniectomy
มักทำผ่าตัดในรายที่มีจุดตีบตันที่เส้นเลือดใหญ่ แล้วมีความดันในสมองสูงมาก

การรักษาด้วย rTPA (ยาละลายลิ่มเลือด)

- Infusion 0.9 mg/kg (max 90 mg) over 1 hr.
10% bolus dose over 1 minute

3) anticoagulant : warfarin

ถ้าผ่าตัด / ถอนฟัน

ควรหยุดยาก่อนและหลัง 7 วัน (หยุดยาก่อนผ่าตัด / ถอนฟัน 7 วัน และหยุดยาต่อ 7 วัน หลังผ่าตัด / ถอนฟัน)

- เพื่อป้องกันเลือดออก
- ต้องให้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยที่ได้รับทราบข้อมูล ที่ถูกต้องว่า ในระหว่างที่หยุดยาเพื่อเข้ารับ การผ่าตัด / ถอนฟัน จะไม่ได้เป็นการป้องกันการ stroke (เพราะหยุดยา)

4) การผ่าตัดหลอดเลือดที่คอ (carotid endarterectomy)

กรณีที่มีอาการตีบมากกว่า 70% แพทย์มักทำการผ่าตัดเพื่อ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ stroke ในครั้งต่อไป (แต่มีใช้เป็นการรักษาใน ครั้งนั้น)

Medical Management of Stroke

การดูแลการใช้ยาโรคหลอดเลือดสมอง

โดย ภ.ญ.อรุณี ศิริกังวาลกุล

stroke ถ้า ไม่มากกว่า 24 ชั่วโมง เป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เรียกว่า “ TIA (Transient Ischemic Attack) ”
ถ้า มากกว่า 24 ชั่วโมง เรียกว่า “ อัมพฤกษ์, อัมพาต ”

ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง

1. ชนิดตีบ, อุดตัน (Ischemic stroke)
2. ชนิดแตก (Hemorrhage)

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. ชนิดตีบ หรือ อุดตัน (Ischemic stroke)
 - 1.1 เกิดจากเส้นเลือดใหญ่ในสมองแข็งและตีบตัน (atherothrombosis) ซึ่งอาจเกิดจากมีแคลเซียมมาเกาะ หรือ ตะกอนไขมันมาเกาะ ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง และทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณกว้าง
 - 1.2 เกิดเนื่องจาก มีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่น เช่น จากหัวใจมาอุดตันหลอดเลือดสมอง มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจรูมาติก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะทำให้สมองบางส่วนขาดเลือด
2. ชนิดแตก (Hemorrhage)
 - 2.1 เกิดจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) จากผนังเส้นเลือดเสื่อมสภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนานๆ หรือควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี
 - 2.2 จากเลือดออกในเนื้อสมองจากการที่เส้นเลือดมีสารอมัลลอยด์สะสม (amyloid angiopathy) และทำให้เส้นเลือดแตก มักมีอาการสมองเสื่อมร่วมด้วย มักพบในผู้สูงอายุแต่พบได้ไม่บ่อยนัก
 - 2.3 การแตกของเส้นเลือดโป่งพอง (ruptured aneurysm) ในช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง (subarachnoid hemorrhage) ผู้ป่วยมักมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย
 - 2.4 เส้นเลือดดำ และแดงต่อกันผิดปกติ (arteriovenous malformation) ทำให้มีเลือดออกทั้งในเนื้อสมอง และในช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง (subarachnoid hemorrhage) มักพบในผู้ที่อายุน้อย ไม่ทราบสาเหตุ
 - 2.5 เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้มีเลือดออกมาคั่ง และทำลายเนื้อสมองในบริเวณนั้น นอกจากนี้จากกดเบียดสมองส่วนที่อยู่ใกล้เคียงทำให้สมองส่วนนั้นทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ เกิดอาการอัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต

อาการเตือน!!!!

- กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือ ไม่มีแรงครึ่งซีกที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด หรือ อาการชาของแขนหรือขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเป็นครั้งคราว
- มีอาการชา หรือ อ่อนแรงของใบหน้า ซีกใดซีกหนึ่ง

- อาการสับสน ระดับการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง พูดลำบาก กระตุก หรือพูดไม่ชัด โดยอาการเป็นชั่วคราว หรืออาจจะนึกพูดไม่ได้เป็นครั้งคราว
- ภาวะที่ตามืด หรือมองไม่เห็นไปชั่วครู่ หรือ การมองเห็นที่ผิดปกติ เห็นภาพซ้อน
- เวียนบ้านหมุน หรือ เป็นลม เคนเซ ไม่สามารถทรงตัวได้
- ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ชนิดที่ไม่เคยปวดมาก่อน มักเกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรมที่เคร่งเครียด หรือ กำลังอยู่ในภาวะอารมณ์ที่รุนแรง
- กลืนอาหารลำบากบ่อยๆ

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง FAST

- F = Face ใบหน้าบูดเบี้ยว, ขาข้างใดข้างหนึ่ง
- A = Arms แขน ขา, อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
- S = Speech พูดสับสน, พูดไม่เป็นภาษา
- T = Time ทันทีทันใด

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้	ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้
<ul style="list-style-type: none"> ▪ อายุ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ▪ เพศชาย ▪ มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ▪ มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ▪ เชื้อชาติ ชาวผิวดำจะมีความเสี่ยงมากกว่าชาวผิวขาว 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ความดันโลหิตสูง ▪ โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ▪ โรคหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ ▪ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ▪ โรคของระบบเลือดบางชนิด ▪ ภาวะไขมันในเลือดสูง หรือ cholesterol ชนิดร้าย ▪ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ▪ อ้วน น้ำหนักมากผิดปกติ ▪ ดื่มสุราปริมาณมาก

การรักษา

หลอดเลือดสมองแตก

- พยายามทำให้เลือดหยุด ลดความดันในสมอง ช่วยให้สัญญาณชีพอยู่ในภาวะปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความดันโลหิต
- การใช้ยา จะมีการพิจารณาใช้ยาลดความดันโลหิต ยาลดสมองบวม ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และยาระงับชักเมื่อมีข้อบ่งชี้ และต้องเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ตรวจบันทึกอาการแสดงของภาวะความดันในสมองเพิ่มสูงขึ้น ระดับความรู้สึกตัว
ติดตามความรุนแรงของอาการปวดหัว

- การผ่าตัด โดยปกติแล้วจะไม่ใช้ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในระดับน้อย หรือปานกลางแต่จะ
ใช้ในรายที่มีเลือดออกจำนวนมาก ในบางรายอาจต้องทำการผ่าตัด เพื่อเย็บซ่อมหลอดเลือด
เลือดที่ฉีกขาด นำเลือดที่แตกออกมาจากหลอดเลือดออก และลดความดันภายในสมอง

หลอดเลือดสมองตีบ หรือ อุดตันในระยะฉุกเฉิน

- ให้ rTPA (ยาละลายลิ่มเลือด) vein ในผู้ป่วย acute ischemic stroke ภายใน
ระยะเวลา 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ แต่ผลไม่พึงประสงค์ที่สำคัญของยา คือ ภาวะ
เลือดออกภายในสมอง (intracranial hemorrhage)

Aspirin

- เป็นยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)
- ใช้ในผู้ป่วย stroke ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, ตัน
- ควรให้ aspirin ภายในเวลา 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (แต่ไม่แนะนำให้ใช้ภายใน
24 ชั่วโมง หลังจากการใช้ rTPA)
ปัจจุบันมักให้ Aspirin Aspent M 81 mg
- อาการข้างเคียงระคายเคืองเยื่อกระเพาะอาหาร ทำให้ปวดท้อง ไม่ควร
รับประทานยาขณะท้องว่าง
- อาจทำให้เลือดออกง่าย เนื่องจากยาทำให้การเกาะตัวของเกล็ดเลือดลดลง

ข้อควรระวังในการให้ Aspirin : ไม่ให้ในรายที่มีโรคกระเพาะร่วมด้วย
: ไม่ให้ในรายที่มีโรค DHF ร่วมด้วย
: ไม่ให้ในรายที่มีโรคเลือดร่วมด้วย

Clopidogrel

- เป็นยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)
- ใช้ในผู้ป่วย stroke ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, ตัน
- ราคาค่อนข้างแพง ยาที่ใช้มักเป็น plavix 75 mg oral OD
- อาการข้างเคียง ทำให้เลือดออกผิดปกติ อาจพบท้องเสีย
- ทำให้เกล็ดเลือดต่ำ

Ticlopidine

- เป็นยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)
- ใช้ในผู้ป่วย stroke ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, ตัน
- ยาที่ใช้มักเป็น Ticlid 250 mg oral OD, Viladil 250 mg oral OD
- มักทำให้เกล็ดเลือดต่ำมาก ระวังการใช้ในผู้สูงอายุ ต้องเจาะเลือดเพื่อดูค่า platelet ด้วย

Dipyridamole

- เป็นยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)
- ใช้ในผู้ป่วย stroke ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, ตัน
- ยาที่ใช้มักเป็น Aggrenox 1 tab oral bid
- อาการข้างเคียง มักทำให้ความดันโลหิตต่ำ เกิดอาการปวดศีรษะ
- อาจเกิดภาวะเลือดออก และระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้

Anticoagulant

- ทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด

Warfarin (Orfarin)

- เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- ใช้ในผู้ป่วย stroke ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, ตัน
- อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ภาวะเลือดออก (bleeding) ซึ่งสามารถแก้ไขด้วยการหยุดยา หรือลดขนาดยาลง
- หากมีอาการเลือดออกรุนแรง ใช้ vit k เป็น Antidote ไปช่วยลดการออกฤทธิ์ทำให้ยาไม่ออกฤทธิ์

Heparin

- เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- ใช้ในผู้ป่วย stroke ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, ตัน
- อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ภาวะเลือดออก (bleeding) กระดูกพรุน เกล็ดเลือดต่ำ เกิดอาการแพ้ ระคายเคืองบริเวณที่ฉีด

Nadroparin

- เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- ใช้ในผู้ป่วย stroke ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, ตัน
- ยาที่ใช้มักเป็น Fraxiparine
- อาการข้างเคียง คือ มีเลือดออกภายใน เลือดไหลตามบาดแผล อาจเกิดอาการแพ้บริเวณที่ฉีด หรืออาจเกิดเนื้อตายได้

Thrombolytics

- Thrombolytics หรือ Fibrinolytics เป็นยาละลายลิ่มเลือด ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลง plasminogen ให้กลายเป็น plasmin ซึ่งสารนี้มีคุณสมบัติเป็น protease สามารถย่อย fibrin ในลิ่มเลือด ทำให้ลิ่มเลือดเกิดการสลายตัว

Alteplase (rTPA)



- ชื่อทางการค้า Actilyse[®]
- มีราคาแพง ประมาณ 40,000 บาท / 1 dose
- ใช้ในผู้ป่วย stroke ที่เป็น acute
- ในการใช้ rTPA ต้องทำตาม check list
 - ถ้า check list yes ทุกข้อ → O.K. สามารถใช้ยานี้ในผู้ป่วยรายนี้ได้
 - แต่ถ้า check list มี no บางข้อ → ไม่สามารถใช้ใน case นี้ได้
- อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ภาวะเลือดออก (bleeding) นอนไม่หลับ ชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันต่ำ อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น

- ข้อควรระวังในการให้ rTPA :
- หลีกเลี่ยงยาต้านเกล็ดเลือด หรือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ภายใน 24 ชั่วโมงของการได้รับยา
 - รับประทานยาทันทีที่สงสัยว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง และรีบทำการตรวจวินิจฉัย พร้อมทั้งปรึกษาศัลยแพทย์ทันที
 - ไม่ควรใส่ NG tube รวมทั้งแทงหลอดเลือดดำใหญ่ หรือ หลอดเลือดแดงภายใน 24 ชั่วโมง หลังให้ยา
 - หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะในช่วงที่ให้ยา หรือ ภายหลังจากให้ยา 30 นาที
 - ควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง โดยให้ SBP < 185 mmHg, DBP < 110 mmHg

ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor)

- ยาในกลุ่มนี้ มักเป็น Enril, Captopril, Ramipril
- ออกฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต โดยยับยั้งการทำงานของ Angiotensin Converting Enzyme (ACE) ทำให้การสังเคราะห์ Angiotensin II ถูกยับยั้งซึ่ง Angiotensin II มีฤทธิ์ในการทำให้หลอดเลือดหดตัว และช่วยเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือด (vascular resistance) นอกจากนี้ Angiotensin Converting Enzyme (ACE) ยังเป็นเอนไซม์ที่ใช้ในการทำลาย bradykinin ซึ่งมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดอีกด้วย ดังนั้นการยับยั้ง Angiotensin Converting Enzyme (ACE) จึงทำให้เกิดผล 2 อย่าง คือยับยั้งการสังเคราะห์ Angiotensin II และช่วยเพิ่มระดับ bradykinin ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว ซึ่งทำให้ระดับความดันโลหิตลดต่ำลงได้
- อาการข้างเคียง เกิดอาการไอ

Management of hemorrhagic stroke

แนวทางการรักษาและการป้องกันกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองแตก

โดย น.พ.กุลพัฒน์ วีรสาร

Cause of Hemorrhagic

- Ruptured Aneurysm
- Ruptured AVM
- Tumor Bleeding
- Small VV. Disease
- Hemorrhagic Infarct

Surgery for Stroke

- To Relief Intracranial Pressure
- To Prevent Rebleeding
- To Monitor Intracranial Pressure
- To Get Definite Pathological Dx
- To Increase Blood Supply to Brain

To Relief ICP

- Emergency or urgently
- Wide craniectomy clot removal
- Craniotomy clot removal
- Ventriculostomy UNI / Bilateral

โดยส่วนใหญ่ถ้าสมองบวม

- ทำผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะ เพื่อระบายความดันในกระโหลกศีรษะ
- ต่อ ICP Monitor ใช้ feeding tube
ตั้งเครื่อง scale 0 – 30 ค่าที่เครื่องอ่านได้ คือ ICP ของผู้ป่วยในแต่ละวัน

To Prevent Rebleeding

- Clipping of Aneurysm
- Removal of Cavernous Angioma
- Removal of AVM

Aneurysm

- มีทั้งชนิดปูด (ยังไม่แตก) หรือ แตกแล้ว
 - ส่วนใหญ่มักพบ Aneurysm บริเวณ Circle of Willis เพราะบริเวณนี้มี pressure สูง
- อาการ

Sudden, Severe Headache (ปวดศีรษะมากทันทีทันใด แบบไม่เคยเป็นมาก่อน ประมาณ 15% มักเสียชีวิตทันทีตรงนั้น)

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยมักปวดศีรษะ (ต่างจาก Meningitis ที่ต้องมีอาการไข้น้ำมาก่อน), คอแข็ง ก้มไม่ได้เนื่องจากมี pressure บริเวณ subarachnoid

การตรวจพิเศษ

ตรวจ CT Scan ดูจุดเลือดออก

กรณี : warning leak มอง CT Scan ไม่เห็นจุดเลือดออก

: มีเลือดออกแต่ได้ยาไปละลายแล้ว

: ผู้ป่วยซีด Anemia ตรวจ CT Scan อาจไม่เจอ

ถ้าพบ 3 กรณีนี้ให้เจาะ Lumbar puncture ดูน้ำไขสันหลัง 3 ขวด จะมีเลือดออก แสดงว่ามีจุดเลือดออก

การรักษา

สถาบันประสาท กำหนดตัวชี้วัดในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

★ Investigation ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 80

★ Surgical ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 100

การผ่าตัด

1. Clipping (เอาคลิปปิ้งหนีบบริเวณ Aneurysm)
2. Coiling (เอาขดลวดไปใส่บริเวณ Aneurysm จนเต็มโดยนำขดลวดเข้าทางขาหนีบ)

AVM (Arteriovenous malformation)

- เป็นเส้นเลือดที่ผิดปกติ
- มีทั้งชนิดปูด (ยังไม่แตก) หรือ แตกแล้ว

การรักษา

- Glue embolization AVM (ผสมกาวไปฉีดในเส้นเลือดที่ AVM โดยให้ไปอุดแล้วทำให้ฝ่อไปเอง)
- Radiosurgery (ฉายแสงบริเวณ AVM)
- ไม่ทำอะไร ปล่อยไว้เนื่องจากถ้าทำผ่าตัดอาจเสียชีวิตเร็วกว่าปกติ

Rebleeding

- มีอาการเลือดออกซ้ำ

การรักษา

- Urgent Work Up & Surgery / Target Within 24 hr
- Perfect Clipping of Aneurysm
 - Preserved All Parent & Distal vv.
 - Avoid Injury to Brain & Cranial Nerve
 - Complete Occlusion of Neck
 - Removal of Subarachnoid Blood

Vasospasm

- การหดตัวของเส้นเลือดเพื่อห้ามเลือด ทำให้เส้นเลือดไม่ปกติ เลือดไม่ flow จนเส้นเลือดตรงนั้นตีบ

การรักษา

- Triple H Regimen After Clipping
Hypervolemia / CVP 10 – 12 cmH₂O
Hemodilution / HCT 35%
Hypertension
- Removal of Subarachnoid Blood
- Balloon Angioplasty Stent Intra-Arterial Papaverine

Hydrocephalus

- Correlated With Amount of Subarachnoid Blood
- Intra – OP Removal of SAH
- Spinal Drainage
- Intermittent LP.
- Shunt If Needed

Epilepsy

- High Risk in Middle Cerebral Area
- High Risk in Poor Grade PT.
- Prophylaxis (short course)
- ถ้ามีอาการชัก จะให้ยากันชักประมาณ 2 ปี

Intercerebral Hemorrhage

- ขึ้นกับตำแหน่ง และขนาดของเลือดที่ออก
- การทำผ่าตัดเพื่อรักษา โดยการลด pressure (ถ้าก้อนเล็กมาก อาจไม่ต้องทำอะไร)

Cerebral Edema

- มักพบหลังจากมี Hemorrhage ในสมอง

*** การ record Glasgow Coma Score

- ดูทุกเวอร์, record ทุกเวอร์
- ถ้า drop 2 point รายงานแพทย์

Cerebellar Hematoma

- เกิดบริเวณ Posterior Fossa Hemorrhage
- ไปกด Medulla oblongata ผู้ป่วยหยุดหายใจ
- Smaller Space
- Less Warning Sign Before Apnea
- 10 ml is Consider Big
- Careful For Post OP Hydrocephalus
- Cerebellar Edema is Dangerous

Brainstem Hematoma

- มักเกิดจาก cranial neuropathy
- ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ระวังภาวะ Hypoglycemia
- การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ remove blood clot หรือ hemorrhage มักทำในรายที่มีเลือดออกขนาดใหญ่
- ดูแลผู้ป่วยไม่ให้ค่าความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 mmHg
ในรายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีโรคเบาหวาน หรือโรคไต ควรดูแลค่าความดันโลหิตไม่ให้สูงเกิน 130/80 mmHg

residual deficit

- weakness
แขน , ขาอ่อนแรง ต้องฝึกกายภาพ
- speech difficulty
ทดสอบว่าผู้ป่วยฟังรู้เรื่อง เข้าใจหรือไม่โดยที่เราไม่ต้องทำท่าทาง
- pain syndrome
infarction หรือ lesion ที่เคยเกิดบริเวณ thalamus ผู้ป่วยจะมีความรู้สึก thalamic pain syndrome (รู้สึกเหมือนถูกไฟลนตามร่างกาย, หรือรู้สึกเข็มแทงตามตัว ฯลฯ)
อาการข้อไหล่ติด ใส่ sling ฝึกกายภาพ
- sensory loss
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะสูญเสียความรู้สึกของร่างกายไป ต้องระมัดระวังเรื่องของร้อนสัมผัสบริเวณร่างกาย

- memory deficit
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะสูญเสียความทรงจำ ฟังตัวได้ยาก เช่น ลืมไปว่าตนเองกินข้าวแล้ว
ความทรงจำเดิมพอจำได้, แต่ความทรงจำใหม่จะจำไม่ได้
- psychosocial
ประมาณ 30% เกิด psychosocial, รู้สึกอยากฆ่าตัวตาย มีอาการซึมเศร้า
- bowel / bladder / sex
ผู้ป่วยมักปัสสาวะเองได้, สามารถบอกได้
ผู้ป่วยสมองมักถ่ายได้เอง ภายใน 1 – 2 วัน
ผู้ป่วยสมองบางครั้งเจอคนสวยเข้าไปกอดตัว (แต่ตนเองไม่รู้สึกรักตัวเองเลยที่ไม่สามารถปฏิบัติเช่นนี้ได้)
- loss of awareness
การไม่รู้รู้ส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งส่วนของ Awareness อยู่ในสมองซีกขวา ทำให้บริเวณซีกซ้ายไม่ได้รับการดูแล, ปล่อยให้ร่างกายเป็นไปต่างๆ เรียกว่า “ loss of body image ”

Medical Nutrition Therapy for Stroke

โภชนบำบัดกับโรคหลอดเลือดสมอง

โดย อ.จิตรลดา จักรเพชรโยธิน

ความต้องการสารอาหารในผู้ใหญ่ / วัน

สูตรคำนวณ น้ำหนักตัวจริง (กิโลกรัม) X 25 – 30 (กิโลแคลอรี)

โภชนบำบัดในผู้ป่วย stroke

1. จำกัดเกลือ
2. ควบคุมน้ำตาล
3. ควบคุมไขมัน

เพราะส่วนใหญ่ประมาณ 90% ของผู้ป่วย stroke มักมีโรคร่วมจาก HT, DM, Hyperlipidemia

ขั้นตอนในการให้โภชนบำบัด

1. ประเมินภาวะโภชนาการ
2. ประเมินความต้องการสารอาหารของผู้ป่วย
3. ประเมินข้อจำกัดและความต้องการพิเศษของผู้ป่วย
4. เลือกวิธีการให้โภชนบำบัด
 - กินเอง
 - ให้ทางสายให้อาหาร
 - ให้ทางหลอดเลือด
5. เลือกสูตรอาหารที่จำเป็นให้ผู้ป่วย
6. ติดตามผลของการให้โภชนบำบัด

การบริโภคอาหารและช้กประวัติด้านโภชนาการ

ควรสอบถามถึง : อาหารที่บริโภคตามปกติและรูปแบบการรับประทาน
 บริโภคนิสัย (ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน)
 วิธีการกินอยู่ การปรุงอาหาร (ในบ้าน นอกบ้าน)
 ความอยากอาหาร ความชอบอาหาร การแพ้อาหาร ข้อจำกัดในการ
 รับประทานอาหาร
 ลักษณะการกินอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป
 ความสามารถในการเคี้ยวและกลืน ปัญหาฟัน การเจ็บปาก
 ลักษณะอาหารเปลี่ยนเป็นอาหารที่เหลว เคี้ยวง่ายขึ้น
 อาการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร
 - การอาเจียน แน่นท้อง ปวดท้อง
 - การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย
 การเสริมวิตามิน เกลือแร่ สมุนไพร

ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่

คุณค่าอาหารที่ได้รับ : พลังงาน โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน

ความรู้ด้านโภชนาการและคำแนะนำที่ได้รับเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว

วิธีการเก็บข้อมูลการบริโภคอาหาร

- อาหารที่บริโภคย้อนหลังในรอบ 24 ชั่วโมง (24 hour dietary recall)
- การจดบันทึกอาหารที่บริโภคใน 3 – 7 วัน (Food record : 3 – 7 days)

วิธีการประเมินคุณค่าอาหารที่บริโภค

- รายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย

โภชนบำบัดในผู้ป่วย acute stroke

- เริ่มให้อาหารอ่อน / อาหารทางสายเมื่ออาการคงที่
- ระวังปัญหาเรื่องการสำลัก
- จำกัดเกลือในกรณีที่มีความดันโลหิตสูง
- ควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในกรณีที่มีปัญหา

โภชนบำบัดในผู้ป่วย stroke ที่อาการคงที่แล้ว

- เริ่มให้อาหารอ่อน / อาหารทางสายเมื่ออาการคงที่
- ระวังปัญหาเรื่องการสำลัก
- จำกัดเกลือในกรณีที่มีความดันโลหิตสูง
- ควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในกรณีที่มีปัญหา
- ควบคุมน้ำหนักตัว

สารอาหารที่จำเป็นสำหรับร่างกาย

คาร์โบไฮเดรต	}	ให้พลังงานแก่ร่างกาย
โปรตีน		
ไขมัน		

วิตามิน	}	ช่วยให้ระบบเผาผลาญของร่างกายทำงานเป็นปกติ
เกลือแร่		
น้ำ		

คาร์โบไฮเดรต

- เป็นสารอาหารแรกที่ทำให้พลังงานและเชื้อเพลิงแก่ร่างกาย
- ถูกย่อยเป็นน้ำตาลกลูโคส ดูดซึมที่ลำไส้เล็กนำไปใช้ในเซลล์ไปใช้เป็นพลังงาน
- น้ำตาลที่เหลือเปลี่ยนเป็นไกลโคเจนเก็บสะสมไว้ที่ตับ กล้ามเนื้อ และนำมาใช้ได้ทันทีเมื่อร่างกายต้องการพลังงาน
- ส่วนที่เหลือเก็บในรูปของไกลโคเจน ถูกเปลี่ยนเป็นไขมันไว้ใช้ยามที่ร่างกายต้องการ
- คาร์โบไฮเดรตแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ
 - 1) คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (Simple carbohydrate) ได้แก่ น้ำตาล (sugar)
 - 2) คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) ได้แก่ แป้ง (starch) และใยอาหาร (dietary fiber)
- คาร์โบไฮเดรตทุกชนิดมีผลในการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง
- ผลไม้และนม มีผลต่อการขึ้นของระดับน้ำตาลน้อยกว่าแป้ง
- น้ำตาลทราย มีผลต่อระดับน้ำตาลใกล้เคียงกับขนมปัง ข้าวและมันฝรั่ง ถึงแม้ว่าแป้งชนิดต่างๆ จะมี glycemic response ต่างกันก็ตาม
- การตอบสนองของระดับน้ำตาล ขึ้นกับปริมาณของคาร์โบไฮเดรตทั้งหมดที่รับประทานมากกว่าชนิดของคาร์โบไฮเดรต
- ควรเลือกคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารสูง ปริมาณ CHO ที่รับประทานควรกระจายออกไปตลอดทั้งวัน

โปรตีน

- จำเป็นต่อการสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อและเป็นแหล่งพลังงานที่รองจากคาร์โบไฮเดรต
- พบในเนื้อสัตว์ทุกชนิด ผลิตภัณฑ์พืชและธัญพืช แต่พืชมีปริมาณโปรตีนน้อยกว่าสัตว์
- ผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี หากรับประทานโปรตีนมาก จะทำให้ตับสร้างกลูโคสมากขึ้น ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลเลวลง

ไขมัน

- ให้พลังงานสูงกว่าคาร์โบไฮเดรต
- ให้กรดไขมันที่จำเป็นแก่ร่างกาย
- ช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ ดี อี เค

วิตามินและแร่ธาตุ

- เป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกายในกระบวนการทำงานของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน
- ผักและผลไม้ เป็นแหล่งของวิตามิน แร่ธาตุ และสารต้านอนุมูลอิสระ (วิตามินซี อี และเบต้าแคโรทีน) ซึ่งช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน

เกลือและโซเดียม

- ร่างกายแต่ละคนมีความไวต่อโซเดียมต่างกัน และผลต่อความดันโลหิตในแต่ละคนก็แตกต่างกัน ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติและความดันโลหิตสูง ควรได้รับปริมาณโซเดียมไม่เกิน 2,400 – 3,000 มิลลิกรัม / วัน
- การลดน้ำหนักจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง
- ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม / วัน (เกลือ 6 กรัม / วัน)

น้ำ

- สำคัญกับการควบคุมอุณหภูมิและการนำสารอาหารไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย พร้อมช่วยขจัดของเสียออกจากเซลล์
- ร่างกายต้องการน้ำในปฏิกิริยาเคมีในระบบการทำงานของร่างกาย
- น้ำที่สูญเสียจากร่างกาย ต้องได้รับทดแทนด้วยน้ำดื่ม เครื่องดื่ม และน้ำจากอาหาร

โรคเบาหวาน

- แนะนำรับประทานคาร์โบไฮเดรตแบบ complex (คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ พวักแป้ง, ใยอาหาร) และควรรับประทานในปริมาณพอดี
- ผู้ป่วยเบาหวาน ควรได้รับโปรตีนจากพืชและสัตว์ ประมาณวันละ 10 – 20% ของพลังงาน
- ควรจำกัดโคเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มิลลิกรัม / วัน
(ถ้ามี LDL \geq 100 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ควรลดโคเลสเตอรอลให้ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม / วัน)

สรุปการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

- โปรตีน ควรให้ 10 – 20 % ของแคลอรี
- โคเลสเตอรอล ควรให้ 45 – 60 % ของแคลอรี หรือ โคเลสเตอรอล < 300 มิลลิกรัม / วัน
- โซเดียม ควรให้ < 3,000 มิลลิกรัม / วัน

โรคความดันโลหิตสูง

- แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน
- ออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสม สม่ำเสมอเป็นประจำ
- พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ มีสันทนาการหย่อนใจ
- ป้องกันและขจัดความเครียด
- งด หรือ ลดสูบบุหรี่
- งด หรือ ลดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
- งด หรือ ลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ให้อาลดความดัน ซึ่งต้องกินตามขนาดและเวลาตามแพทย์สั่ง
- อาหารบำบัดโรค

อาหารบำบัดโรคความดันโลหิตสูง

- ลดความเค็มในอาหาร
 - งดอาหารดองรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ปูเค็ม ผักดองเค็ม
 - งดเครื่องปรุงรสที่มีเกลือและผงชูรส ซุปก้อน
 - งดพริก กับเกลือที่ใช้จิ้มผลไม้ หรือโรยเกลือในผลไม้
- กินผักสด และผลไม้สดให้มาก
 - งดผัก และผลไม้ดอง
 - ถ้าดื่มน้ำผลไม้ ต้องไม่เติมเกลือ
- ลดความมันในอาหาร
 - เลือกกินอาหารที่ไม่ใส่ไขมัน เช่น ยำ แกงป่า แกงส้ม ต้มยำ
 - งดอาหารที่มีไขมันมาก เช่น
 - เนื้อสัตว์ติดมัน : หมูสามชั้น หนังเป็ด หนังไก่ เบคอน กุนเชียง
 - แกงใส่กะทิ ขนมนใส่กะทิ
 - จตนมไขมันเต็ม ให้ตีมันนมพร้อมมันเนย หรือ นมขาดมันเนย
 - งดอาหารทอดคือน้ำมัน เช่น ไข่ฟู ก๋วยทอด
 - งดอาหารประเภทเบเกอรี่ เช่น พัพพาย เค้ก คุกกี้
- เลือกใช้ไขมันให้เหมาะสม
 - งดไขมันประเภทอิ่มตัว กะทิ น้ำมันปาล์ม
 - งดเนยเทียม ครีมเทียม
- ลดความหวานของอาหาร
 - งดน้ำหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่เติมน้ำตาล
 - งดขนมหวาน ของเชื่อม ลูกอม ช็อกโกแลต

การลดอาหารหวาน ช่วยจำกัดพลังงานในอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

สรุปการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- จำกัดเกลือ
- ลดความมัน
- ลดความหวาน

โรคไขมันในเลือดผิดปกติ

- ปัจจัยที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 - ดัชนีมวลกาย / เส้นรอบเอว
 - พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - การออกกำลังกาย / กิจกรรมทางกาย
 - การช้ยา
 - ความเครียดและการจัดการกับความเครียด

- เป้าหมายการลดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ไม่ควรมีค่าเกินกว่า

Cholesterol	200 mg/dl
Triglyceride	150 mg/dl
HDL-cholesterol	40 mg/dl (ในชาย) 50 mg/dl (ในหญิง)
LDL-cholesterol	130 mg/dl

อาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร



1. สูตรนมผสม (Milk based Formula)

- มักให้อาหารสูตรนี้กับผู้ป่วยเด็ก
- อาจทำให้เกิดปัญหา Lactose intolerance
- สามารถเตรียมได้ง่าย
- ราคาไม่แพง

2. สูตรปั่นผสม (Blenderized Formula)
 - ส่วนผสมเป็นอาหาร 5 หมู่
 - สามารถดัดแปลงให้เหมาะกับโรคได้
 - ต้องมีขั้นตอนในการเตรียมและต้องสะอาด ปลอดภัย
3. สูตรสำเร็จ (Commercial Formula)
 - เป็นผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมอาหารทางการแพทย์
 - สะดวกในการใช้
 - ส่วนใหญ่เป็น Lactose Free
 - มีหลายสูตรตามความเหมาะสมของโรค
 - ราคาค่อนข้างสูง

Rehabilitation of stroke

กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดย อ.ลาวัลย์ พาณิชเจริญ

อัมพาต (Paralysis) หมายถึง	กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ปกติ อาจพบผู้ป่วยอัมพาตอ่อน ปวดเปื่อย หรืออัมพาตแบบแข็งเกร็ง
อัมพลกซ์ (Paresis) หมายถึง	กล้ามเนื้อมีแรงทำงานได้แต่มีแรงลดลงกว่าปกติ หรือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) หมายถึง	กล้ามเนื้อไม่มีแรงที่แขนและขาซีกซ้าย หรือ ซีกขวา
อัมพาตครึ่งท่อน (Paraplegia) หมายถึง	กล้ามเนื้อไม่มีแรงที่ขาทั้ง 2 ข้าง
อัมพาตทั้งตัว (Tetraplegia) หมายถึง	กล้ามเนื้อไม่มีแรงทั้งตัว

วัตถุประสงค์ของการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

1. การกระตุ้นให้เกิดการฟื้นตัวกล้ามเนื้อ
2. การกระตุ้นการเคลื่อนไหวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ หรือ ใกล้กับปกติมากที่สุด
3. การกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก
4. การป้องกันการติดแข็งของข้อต่อ เอ็น และกล้ามเนื้อ
5. ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น

วิธีการรักษาทางกายภาพบำบัดประกอบด้วย

- 1) การจัดทำท่าในการนอน
- 2) การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ
- 3) การเคลื่อนไหวข้อไหลด้วยตัวผู้ป่วยเอง
- 4) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียง
- 5) การลุกนั่งจากท่านอนหงาย
- 6) การนั่งข้างขอบเตียง
- 7) การลุกขึ้นยืน / การยืน
- 8) การเดินบนพื้นราบ
- 9) การขึ้น – ลงบันได

การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขา ควรให้ผู้ดูแลทำการเคลื่อนไหวข้อต่างๆให้ผู้ป่วย

จุดประสงค์ที่ให้ผู้ดูแลทำการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ให้ผู้ป่วย

- ป้องกันข้อติด
- ป้องกันกล้ามเนื้อและเอ็นหดตัว
- การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น
- กระตุ้นให้มีการฟื้นตัวเพื่อทำให้ไม่ล้มการเคลื่อนไหว

ข้อควรปฏิบัติในการเคลื่อนไหวนิ้วข้อ

- การเคลื่อนไหวนิ้วข้อให้ผู้ป่วยควรทำซ้ำๆ
- ควรทำการเคลื่อนไหวนิ้วข้อให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวนิ้วข้อที่ปกติ
- ในแต่ละท่าทำซ้ำๆ ท่าละ 10 – 30 ครั้ง วันละ 2 รอบ
- ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวนิ้วข้อหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ หรือในขณะที่ผู้ป่วยมีไข้
- ขณะทำการเคลื่อนไหวนิ้วข้อ ถ้าผู้ป่วยปวด หรือ พบปัญหาอย่างอื่นตามมา ควรหยุดและปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่นอนบนเตียง

1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะนอนหงาย เคลื่อนตัวไปทางขวา – ซ้ายมือของเตียงและการเคลื่อนย้ายขึ้นบน – ลงล่าง

วิธีการ

- ผู้ช่วยยืนด้านที่ผู้ป่วยไม่มีแรง
- บอกผู้ป่วยว่าจะทำอะไรและให้ผู้ป่วยช่วยทำอะไร
- ผู้ป่วยงอสะโพกและงอเข่าทั้ง 2 ข้าง เท้าวางบนเตียง (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีแรง ผู้ช่วยต้องช่วยจับ)
- ใช้ศอกทั้ง 2 ข้างดันลำตัว เลื่อนไปทางขวาและซ้าย หรือขึ้นบนลงล่างตามทิศทางที่ต้องการ

2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะนอนหงาย พลิกตะแคงตัวไปทางขวา – ซ้ายมือของเตียง

วิธีการ

- ผู้ช่วยยืนฝั่งเดียวกับที่จะให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวมา
- บอกผู้ป่วยว่าจะทำอะไรและให้ผู้ป่วยช่วยทำอะไร
- ให้แขนของผู้ป่วยยกวางบนลำตัวในทิศทางที่จะตะแคงไป (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีแรง ผู้ช่วยต้องช่วยจับ)
- ผู้ป่วยงอสะโพกและงอเข่าทั้ง 2 ข้าง เท้าวางบนเตียง (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีแรง ผู้ช่วยต้องช่วยจับ)
- ผู้ป่วยออกแรงพลิกตะแคงตัว

การพลิกตะแคงตัวจากท่านอนหงาย

วิธีการ

- ใช้มือข้างที่ปกติจับมือข้างที่ผิดปกติไว้
- ชันเข่าข้างที่ปกติขึ้นมา

การลุกขึ้นนั่งจากท่านอนตะแคง

วิธีการ

- ผู้ช่วยยืนฝั่งเดียวกับที่จะให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวมานั่ง
- บอกผู้ป่วยว่าจะทำอะไรและให้ผู้ป่วยช่วยทำอะไร
- ผู้ป่วยงอสะโพกและงอเข่าทั้ง 2 ข้าง เท้าวางบนเตียง (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีแรง ผู้ช่วยต้องช่วยจับ)
- มือของผู้ป่วยวางบนเตียงออกแรงที่ฝ่ามือและแขนช่วยดันตัวลุกขึ้นมานั่ง (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีแรงผู้ช่วยใช้มือหนึ่งสอดเข้าที่บริเวณหัวไหล่ มืออีกข้างหนึ่งจับข้อนิ้วเท้าทั้งสองข้าง ขณะที่ลำตัวยกขึ้นพร้อมกับขาทั้ง 2 ข้างค่อยๆ หย่อนลงข้างขอบเตียง)
- ผู้ป่วยนั่งอยู่ในท่าห้อยขาข้างขอบเตียง

สรุป

- ให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวเอง หรือช่วยจับที่สะโพกและหัวไหล่ของผู้ป่วยแล้วพลิกตัวมา
- ให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ปกติดันตัวลุกขึ้นมาสู่ท่านั่งข้างเตียง หรือช่วยประคองใต้หัวไหล่พร้อมกับเลื่อนเท้าของผู้ป่วยให้ห้อยลงข้างเตียง
- ผู้ป่วยจะลุกขึ้นมาอยู่ในท่านั่งห้อยเท้า

การนั่งข้างขอบเตียง

วิธีการ

- ศีรษะตั้งตรง
- บ่าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน
- ลำตัวตรง (ทั้งน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง)
- มีอวางบนเตียง
- เท้าวางบนพื้น (ทั้งน้ำหนักเท่ากันทั้งสองข้าง)

การลุกขึ้นยืน / การยืน

วิธีการ

- เท้าของผู้ป่วยทั้ง 2 ข้างวางห่างกันประมาณ 3 – 5 นิ้วฟุต
- ผู้ป่วยก้มศีรษะและลำตัวโน้มมาด้านหน้า
- ออกแรงดันที่ฝ่าเท้า หน้าขา และยกสะโพกขึ้นยืน
- การยืนศีรษะตั้งตรง
- บ่าทั้ง 2 ข้างอยู่ในระดับเดียวกัน
- เท้าวางให้แนบพื้นทั้งน้ำหนักให้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง

วิธีการเดินสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยใช้ไม้เท้า

วิธีการ

- เริ่มจากทำยืนตรง โดยเปลี่ยนน้ำหนักลงที่ขา 2 ข้างเท่ากัน
- นำไม้เท้าวางด้านหน้าของขาเฉียงออกจากปลายเท้าประมาณ 8 – 12 นิ้วฟุต ทำมุม 45 องศากับปลายเท้า
- ก้าวขาข้างที่เป็นอัมพาตให้ปลายเท้าอยู่ในระดับเดียวกับไม้เท้า
- ก้าวขาข้างดีตามมา (ในระยะเริ่มต้นไม่ควรก้าวขาข้างดี ก้าวยาวเกินระดับไม้เท้า)

วิธีการเดินขึ้น – ลงบันได

วิธีการ

- การขึ้นบันได ก้าวขาข้างดีขึ้นก่อน
- การลงบันได ก้าวขาข้างอัมพาตลงก่อน

วิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากเตียงไปรถเข็น

วิธีการ

- นำรถเข็นเข้าข้างดีโดยตั้งทำมุม 45 องศากับขอบเตียง ล้อรถเข็นทั้ง 2 ข้าง
- นำผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างขอบเตียง ผู้ช่วยเหลือยืนอยู่ด้านหน้าของผู้ป่วย หรือยืนด้านข้างของผู้ป่วยที่อ่อนแรง
- มือผู้ช่วยจับที่เข็มขัดด้านหน้า หรือหลัง
- มือของผู้ป่วยจับที่วางแขนของรถเข็น
- ผู้ช่วยบอกให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน
- ผู้ป่วยเปลี่ยนมือมาจับที่วางแขนด้านตรงกันข้ามแล้วค่อยๆ หมุนตัวนั่งลงในรถเข็น
- จับที่วางเท้าของรถเข็นลง และให้ผู้ป่วยยกเท้าวางบนที่วางเท้า

สรุป

- ผู้ช่วยเหลือยืนอยู่ข้างที่ผิดปกติของผู้ป่วย
- มือจับที่เข็มขัด หรือ สายคาดเอวทางด้านหลังของผู้ป่วย

หมายเหตุ : แผ่นวางเท้าสามารถยกปรับขึ้นและลงได้ ควรยกขึ้นทุกครั้งก่อนที่จะนำผู้ป่วยขึ้นและลงเตียง

สรุปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- นักกายภาพจะกระตุ้นให้เกิดการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ
ผู้ป่วยชนิดอ่อนปวกเปียก ต้องกระตุ้น
ไม่แนะนำให้ปีบนวดในอัมพาตเชิงเกร็ง
- การจัดท่าทางในการนอน
หมอนรองคอไม่สูง หรือ ต่ำเกินไปให้พอดี
นอนราบหมอนรองคอ
ผ้ารองข้อเข่าปลายเท้า
- การจัดท่านอนตะแคง
ขาข้างอัมพาตทับขาข้างดี มีหมอนรอง
ขาข้างดีทับขาข้างอัมพาต โดย
 - ขาข้างอัมพาตทางออกมามีหมอนรอง
 - ไม่ให้น้ำหนักตัวกดทับขาข้างอัมพาต (เพื่อมิให้การไหลเวียนของเลือดขาข้างอัมพาตบกพร่อง)
- หลักการเคลื่อนไหวข้อ
ทำอย่างช้าๆ
ทำให้สุดองศาของการเคลื่อนไหว
- การเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตัวผู้ป่วยเอง
ให้ผู้ป่วยกำมือ 2 ข้างประสานกัน โดยที่นิ้วมือข้างอัมพาตประสานบนมือมีแรง (ช่วยลดอาการเกร็งด้วย)
- ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ยืนข้างที่อ่อนแรง

Activity daily living care and preparing home and environment of stroke

การดูแลกิจวัตรประจำวันและการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดย อ.พรทิพย์พา ริมายอม

กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด

กายภาพบำบัด เน้นการฝึกกล้ามเนื้อมัดใหญ่, ผ่านอุปกรณ์กายภาพ

กิจกรรมบำบัด เน้นการฝึก function กล้ามเนื้อมัดเล็ก, ผ่านอุปกรณ์เครื่องมือทั้งสิ้น

*** สิ่งเหมือนกัน คือ การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย

*** สิ่งที่ต่างกัน คือ กิจกรรมบำบัดสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้เกือบปกติ หรือปกติ, ฝึกทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน

ตัวอย่างกิจกรรมบำบัด

- ฝึกใช้มือหยิบอุปกรณ์, ลูกบอล ฯลฯ
- ต่อมาฝึกน้ำหนักมือ / นิ้วมือโดยการฝึกหนีบผ้า

บทบาทนักกิจกรรมบำบัด

- ดูแลกิจกรรมบำบัดในกลุ่ม
- การประเมินทักษะความสามารถในการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน, การพักผ่อน / การใช้เวลาว่าง, การเรียน / การทำงาน
- การจัดสื่อการรักษา ได้แก่
 - : วิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรมที่มีเป้าหมาย มีความหมายและมีคุณค่าต่อการดำเนินชีวิต
 - : สร้างกระบวนการสอนและการเรียนรู้เฉพาะบุคคลหรือกลุ่ม
 - : สร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมระหว่างผู้บำบัด ผู้รับบริการและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทักษะคิด จิตใจและสังคม
 - : เลือกและออกแบบกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีความต้องการพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว การประสานประสาทการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ การเรียนรู้ การระลึกจำ การคิด แก้ไขปัญหา การควบคุมอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพทางสังคม การจัดการตนเองให้มีสุขภาวะที่ดีในบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน
- เป้าหมายหลักของกิจกรรมบำบัด
 - เป็นการที่บุคคลสามารถใช้ชีวิตของเขาอย่างมีความสุข แม้ศัลยกรรมของเขาจะลดลงจากเดิม ทั้งนี้ผู้บำบัดอาจใช้เทคนิคหลายอย่างมาประกอบกันในการรักษา ได้แก่
 - : การเสริมสร้างความสามารถของส่วนที่เหลืออยู่ เช่น เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อจากเกรด 3 เป็นเกรด 4
 - : การปรับวิธีการทำกิจกรรม เช่น เคยผูกเชือกรองเท้า 2 มือ อาจต้องฝึกผูกเชือกรองเท้าด้วยมือเดียว

- : การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม เช่น เปลี่ยนมาใช้รองเท้าแบบใส่ง่ายด้วยตนเองเป็นแบบสวด หรือใช้กระดุม หรือ เวลโก, การย้ายห้องนอนจากชั้น 3 มาเป็นชั้นล่าง

กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

1. Activities of Daily Living Training
สอน & ฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน
2. Hand Function Training
ฝึกทักษะการใช้แขน & มือในการทำงานต่างๆ
3. Neuromuscular Function
กระตุ้นการทำงานประสาทกล้ามเนื้อ
4. Sensory Integration
กิจกรรมการรักษาเพื่อให้เกิด / ลดการรับรู้ความรู้สึกที่เหมาะสม
5. Perception and Cognitive Function
กิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ & สติปัญญา
6. Swallowing Training
กระตุ้น & ฝึกทักษะการกลืน
7. Adaptive / Assistive Device
การดัดแปลงอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน
8. Splint
ประดิษฐ์เครื่องตามแขน & มือ

กิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living)

กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้า ถึงการเข้านอน

ชนิดของกิจวัตรประจำวันทางร่างกาย (Physical Daily Living)

- สุขอนามัยส่วนบุคคล (Grooming & Hygiene)
- การรับประทานอาหาร (Feeding / Eating)
- การแต่งตัว (Dressing)
- การเคลื่อนย้ายตนเองเพื่อทำกิจ (Functional Mobility)
- การสื่อสารเพื่อใช้งาน (Functional Communication)
- การหยิบจับวัตถุ และเปิดปิดอุปกรณ์ต่างๆ

ชนิดของกิจวัตรประจำวันทางจิตสังคม / อารมณ์ (Psychosocial / Emotional Daily Living)

- ภาพพจน์ ความคิดเกี่ยวกับตนเอง / เอกลักษณ์แห่งตน (Self Concept / Self Identity)
- การเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ (Situational Coping)
- การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน (Community Involvement)

หลักการฝึกกิจวัตรประจำวัน

1. อธิบายจุดประสงค์ของการฝึก
2. บอกเทคนิค & สาธิต
3. ช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น
4. ความปลอดภัย
5. อุปกรณ์ช่วย

การประเมิน & ฝึกกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย

- ชนิดของกิจวัตรประจำวัน
- ความสำคัญของกิจกรรมนั้น
- ความสามารถพื้นฐานของผู้ป่วยที่สามารถกระทำการนั้นได้
- ปัญหา และอุปสรรค
- การดัดแปลง / การช่วยเหลือ

ตัวอย่างการประเมิน & ฝึกกิจวัตรประจำวัน

ชนิดของ ADL	ความสำคัญ	ความสามารถพื้นฐาน	ปัญหา & อุปสรรค	การดัดแปลง / ช่วยเหลือ
Feeding / Eating	การดำรงชีพขั้นพื้นฐาน	<ul style="list-style-type: none"> – ระดับความสามารถทั่วไป และทักษะเฉพาะ – ลักษณะของอาหาร – ความปลอดภัย (สถานที่, อุปกรณ์) 	ความลำบากเกี่ยวกับการควบคุมปาก, การเคี้ยว, การกลืน (ภาวะการกลืนลำบาก)	<ul style="list-style-type: none"> – ตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ (ขากรรไกรแข็ง อ้าปากไม่ได้มาก) – ใช้เทคนิคพิเศษ / เลือกอาหารชนิดพิเศษ (ประสานงานกับนักโภชนาการ) – ดัดแปลงอุปกรณ์ช่วย
Dressing	ปกปิดร่างกาย เป็นเครื่องใช้ ดึงดูดความสนใจ แสดงบุคลิกภาพ และเพศของตน	<ul style="list-style-type: none"> – การทรงตัว – การประสานการเคลื่อนไหวของข้อ – กำลักรกล้ามเนื้อ – ความเข้าใจ 	ความสามารถพื้นฐาน	<ul style="list-style-type: none"> – เริ่มฝึกการถอดเสื้อผ้าก่อน เพราะง่ายและเหนื่อยน้อยกว่า – ดัดแปลงเสื้อผ้า
Grooming & Hygiene	รักษาไว้ซึ่งสุขอนามัยที่ดี และป้องกันการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> – การทรงตัว – การประสานการเคลื่อนไหวของข้อ – กำลักรกล้ามเนื้อ – ความเข้าใจ 	<ul style="list-style-type: none"> – ความสามารถพื้นฐาน – สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย 	<ul style="list-style-type: none"> – ปรับสภาพแวดล้อม – ดัดแปลงอุปกรณ์ช่วย

การฝึกใส่เสื้อ (กรณีผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก)

- การสวมใส่
สวมข้างที่อ่อนแรงก่อน
- การถอด
ถอดข้างที่มีแรงก่อน

การประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะการกลืนหรือไม่

Oral structure

- มีมุมปากตก, ปากเปี้ยวหรือไม่

Oral mechanism

- อ้าปาก, แลบลิ้นได้หรือไม่, ห่อปากได้หรือไม่
- ผู้ป่วยออกเสียงจากการปิดปาก / เปิดปากได้หรือไม่
- การเคาะลิ้น, ออกเสียง ลา ลา / จู จู

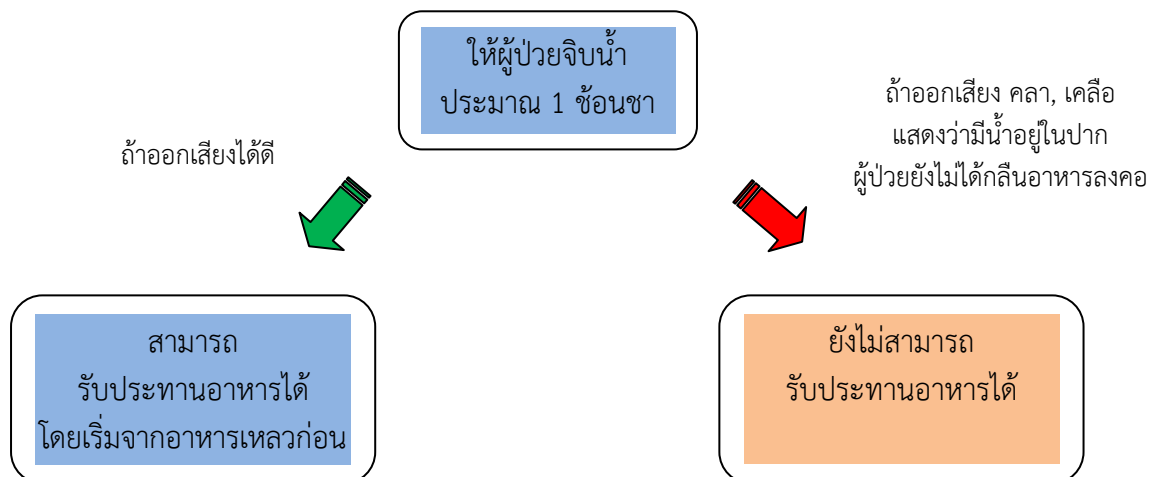
Hyposensitivity

- มีอาหารตกค้างในปาก / สามารถรับรสอาหารได้หรือไม่

Hypersensitivity

- ไม่สามารถรับประทานอาหารมีกากได้

การทดสอบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้หรือไม่



Oromuscular Exercise

ออกเสียง

อา, อี, อุ, โอ

ลา ลา, จู จู

เดาะลิ้น

เดาะๆ

- ▶ ฝึกผู้ป่วยให้บริหารวันละ 3 ครั้ง / วัน, ครั้งละประมาณ 10 นาที
- ▶ ผู้ป่วยต้องมี 2 reflex นี้ก่อน
 - gag reflex (เคี้ยว)
 - cough reflex (ไอ)

ทำนั้ง

นั่งเก้าอี้

ก้มหน้าเล็กน้อย (เพื่อป้องกันการสำลัก ถ้ามีอาหารในปาก)

Complications of stroke : prevention and treatment

ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันและรักษา

โดย พ.ญ.ทัศนีย์ ตันตฤทธิศักดิ์

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

■ การติดเชื้อ

ทางเดินหายใจ : พบการติดเชื้อที่ปอดบ่อยที่สุด มักเกิดจากการสำลักอาหาร, น้ำลาย

ทางเดินปัสสาวะ : การขับถ่ายไม่สะดวก

ผิวหนัง : แผลกดทับ, แผลติดเชื้อ

การติดเชื้อที่ปอด

- มักเกิดจากการสำลักอาหาร น้ำลาย
- สัญญาณ 3 อย่างที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอด คือ ไข้, ไอ, หอบ
- ทุกครั้งที่ได้ยินเสียงเสมหะต้องทำการดูดเสมหะออกให้ clear และให้ O₂ ร่วมด้วย (ไม่ควรรอทำการดูดเสมหะทุก 2 ชั่วโมง เพราะผู้ป่วยอาจมีการคั่งค้างของเสมหะได้ เกิดฝีในปอดได้)
- ถ้าผู้ป่วยไอมาก สำลักบ่อยไม่สามารถให้อาหารทางปากได้, อาจให้ทางหลอดเลือดดำแทน

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

- เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในกระแสเลือด
- มักเกิดจากการขับถ่ายไม่ปกติ กลั้นปัสสาวะ หรือปัสสาวะไม่ออก
- ทำความสะอาดไม่เพียงพอ
- การดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง ไม่สะอาด

■ การเกิดแผลกดทับ

เป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่ผิวหนัง

เกิดจากการกดทับของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก สะโพก ต้นขา ส้นเท้า หลัง ไบหู

เมื่อมีแผลให้ทำความสะอาดแผล หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณที่มีแผล

เมื่อผู้ป่วยขับถ่ายให้รีบทำความสะอาด ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยนอนจมกองปัสสาวะหรืออุจจาระ

ป้องกันโดยการพลิกตัวบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง

พิจารณาให้ออนเตียงลมในกรณีที่ผู้ป่วยพลิกตัวเองไม่ได้

แผลกดทับ

stage 1	เป็นแผลบริเวณผิวหนังชั้นนอก
stage 2	เป็นแผลถึงชั้นเยื่อ, tissue
stage 3	เป็นแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อ
stage 4	เป็นแผลลึกถึงบริเวณกระดูก

หลักการดูแลแผลกดทับ

ควรดูแลรักษาแผลกดทับในระยะ stage 1 ไม่ให้ลุกลามไป และเป็นการดูแลรักษาแผลกดทับที่หายเร็วที่สุด

ถ้าเป็นแผลกดทับ stage 3, 4 การดูแลรักษาแผลกดทับจะใช้เวลานานเป็นปี หรือแผลค่อนข้างหายช้า หรืออาจไม่หาย

■ ข้อติด

เกิดจากการไม่ได้เคลื่อนไหวข้อเป็นเวลานาน

จะเกิดการเคลื่อนไหวลำบาก เจ็บเวลาขยับ อักเสบ บวมแดงร้อน

ป้องกันโดยช่วยผู้ป่วยขยับข้อต่างๆ ในช่วงที่ไม่มีแรง (passive exercise)

ในกรณีที่มีบวมแดงอักเสบ ให้รับประทานยาแก้อักเสบ ยาแก้ปวด ประคบ / แช่น้ำอุ่น และค่อยๆ ทำการขยับข้อนั้นๆ

■ หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน

เสียชีวิตได้กะทันหัน ไม่พบบ่อย

เกิดจากการที่ไม่ได้ขยับขาข้างที่อ่อนแรง ทำให้การไหลเวียนของเลือดที่ขาไม่ดี เกิดการอุดตันของเลือดในหลอดเลือดดำ

อาการขาบวม กดไม่บวม ปวด หายใจหอบเหนื่อย เสียชีวิต

การป้องกันให้ขยับขาข้างที่อ่อนแรงบ่อยๆ หรือฉีดยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด หมั่นสังเกต และวัดขนาดของขาทั้ง 2 ข้าง

การรักษา ให้อาหารละลายลิ่มเลือด ผ่าตัด

■ การเกร็งของกล้ามเนื้อ

เกิดจากการขาดการเชื่อมโยงของสมองกับเซลล์ประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว

ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก การบิดงอของแขนขา ข้อติด ปวด

ลักษณะมือจีบ แขนเกร็ง เหมือนลิง

การรักษา การทำ passive exercise

ให้อาหารลดเกร็ง ต้องให้ผู้ป่วยกินตลอด, ฉีด botex เพื่อคลายกล้ามเนื้อเป็นมากอาจผ่าตัด ดึงพังผืดออก

■ การเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง อาจกลับเป็นซ้ำได้ภายในปี

ผู้ป่วยต้องกินยาต้านเกร็ดเลือดทุกวัน ส่วนใหญ่เป็น Aspirin oral O.D.

ผู้ป่วยอาจมีอาการแสบกระเพาะ ปวดท้อง อาจให้ผู้ป่วยกิน Antipepsin

ความดันเลือด (B.P.) ไม่ควรเกิน 135/85 mmHg, น้ำตาลไม่ควรเกิน 120 mmHg

HbA_{1c} ไม่ควรเกิน 7 % ไชมันไม่ควรเกิน 100 mg/dl

ไตรกลีเซอไรด์ไม่ควรเกิน 150 mg/dl

- ปัสสาวะลำบาก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก เนื่องจากไม่สามารถนั่งหรือยืนถ่ายเหมือนภาวะปกติ ร่วมกับเกิดจากสาเหตุของอาการทางสมอง

บางครั้งไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ผู้ดูแลต้องอาศัยการสังเกต คลำกระเพาะปัสสาวะที่หน้าท้องว่าโตหรือไม่ ถ้าโตจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่าย

ในกรณีที่ผู้ป่วยขับถ่ายเองไม่ได้ ต้องปรึกษาแพทย์ซึ่งอาจจะได้รับประทานยาขับปัสสาวะหรือให้ใส่สายสวนปัสสาวะ

เช็ดทำความสะอาดให้ดีทุกครั้งที่ขับถ่าย ไม่หมักหมมเพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและเกิดแผลกดทับได้ง่าย

- ท้องผูก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดภาวะท้องผูกได้ง่าย เนื่องจากรับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำ รับประทานน้ำน้อย การย่อยไม่มีประสิทธิภาพ

- เลือดออกในทางเดินอาหาร

มักเกิดจากยาที่ผู้ป่วยกิน หรือภาวะเครียด

หมั่นสังเกตอุจจาระผู้ป่วยว่ามีสีดำ หรือมีเลือดออกหรือไม่ ถ้ามีให้รีบพบแพทย์ทันทีเพื่อรักษา

การทดสอบการกลืน

- ให้ทดสอบดูว่าผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำ ½ ช้อนชาได้หรือไม่ (ห้ามใช้น้ำใส่ syringe ทดสอบการกลืน)

การเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย

- หั่นชิ้นเล็กๆ
- ถ้าเป็นผลไม้ เช่น ฝรั่ง, แอปเปิ้ล ให้ฝานเป็นชิ้นบางๆ เล็กๆ ถึงจะให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานได้

*** พวกมีเมล็ด เช่น ถั่ว, ข้าวโพด ห้ามให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานเด็ดขาด เพราะอาจสำลักเสียชีวิตได้

การให้อาหารที่ถูกต้อง

- ให้อาหารช้อนก่อนแต่ปริมาณน้อย เช่น โจ๊กปั่น เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถกลืนได้หรือไม่
- ชุปชิ้น เช่น ชุปข้าวโพด โดยให้ผู้ผู้ป่วยกลืนจากช้อนชาเล็กๆ
- 2 – 3 วันต่อมาเริ่มให้ข้าวต้มและๆ, ก๋วยเตี๋ยวหั่นชิ้นเล็กๆ ฯลฯ
- น้ำใส น้ำเปล่าไว้สุดท้ายเพราะผู้ป่วยกลืนยากมาก
- ที่สำคัญ ต้องทำการดูดเสมหะก่อนให้ clear หหมดถึงจะกินอาหารได้
- ทำนั้งหัวสูง ห้ามนอนราบเพื่อป้องกันการสำลัก

การดูแลสุขอนามัยผู้ป่วย (Hygiene)

- ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) จะทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และก้น ควรใช้ถุงมือประเภทใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (disposable) และไม่ไปทำการเช็ดตัว หรือทาแป้งให้ผู้ป่วยต่อ เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- กรณีที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะไว้ (retained foley' cath) ควรใช้ผ้ารองก้นดีกว่าใส่ pampers เพราะจะได้ไม่อบบริเวณก้น และถ้าผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระก็จะเห็นได้ง่ายกว่า (แต่ถ้าไปข้างนอก บ้านก็ค่อยใส่ pampers)

การดูแลผู้ป่วย

- ถ้าผู้ป่วยขยับตัวไม่ได้เลย 100% \Rightarrow ควรให้ผู้ป่วยนอนเตียงลมดีที่สุด
- ถ้าผู้ป่วย stroke และเป็นเบาหวาน \Rightarrow ให้ใช้ฟองน้ำ, ลูกโป่งใส่น้ำวางปุ่มข้อเท้าดีกว่า เพื่อป้องกันแผลกดทับ
- ถ้าผู้ป่วยมีแผลลึก, แผลเยาะ \Rightarrow ควรให้โปรตีนเยอะๆ โดยเฉพาะไข่ขาวดีที่สุด
- ผู้ป่วยต้องกินยา Aspirin หรือยา Antiplatelet ทุกวัน เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด
 ควรดูแลผู้ป่วยว่าหลังกินยาแล้วเป็นอย่างไร
 : ปวดแสบท้องหรือไม่ ถ้ามีอาการปวดแสบท้องควรได้ยาลดกรด
 : มีจุดเลือดออก หรือจ้ำเลือดตามตัวหรือไม่ ถ้ามีจุดเลือดออกแสดงว่าผู้ป่วยอาจได้ยา Warfarin ควรรีบแจ้งแพทย์เพื่อเปลี่ยนยา
- ถ้าผู้ป่วยมีถ่ายดำ ลักษณะเป็น Melina (ถ่ายดำและๆ คล้ายเฉาก๊วยมีกลิ่นเหม็นมาก) ควรงดน้ำงดอาหารผู้ป่วย (NPO) และรีบพบแพทย์
- กรณีที่ผู้ป่วยกินน้ำได้ไม่ค่อยดี \Rightarrow ควรให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ หรือถ้าผู้ป่วยดื่มน้ำได้ควรให้ดื่มน้ำบ่อยๆ โดยใช้หลอดนมเล็กๆ
- กรณีที่ผู้ป่วย sensory เสีย \Rightarrow สามารถประคบอุ่นได้แต่ต้อง control ให้ผู้ป่วยเพราะตัวผู้ป่วยเองเขาไม่รู้ว่าร้อนหรือไม่, ผู้ป่วยอาจ burn ได้
 ต้องระมัดระวังอย่างสูง
 โดยปกติเราไม่แนะนำให้ผู้ป่วยแช่น้ำอุ่น

Psychology care of stroke

การดูแลสุขภาพจิตกับโรคหลอดเลือดสมอง

โดย พญ.สุรางค์ เลิศชาธาร

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด อาการรุนแรงดังกล่าวย่อมต้องส่งผลกระทบต่อจิตใจ การงาน และสังคมของผู้ป่วยนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปฏิกริยาตอบสนองอาจต่างกันไปในแต่ละคน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีอาการทางจิตเวช

: ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เป็น และพยาธิสภาพของโรค

: มักพบอารมณ์เศร้า บ่อยสุด 40 – 60%

: อาการนอนไม่หลับ อาจบอกถึงพยาธิสภาพของผู้ป่วย stroke เริ่มไม่ค่อยดี

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละคนจะมีลักษณะการดำเนินโรค อาการแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคต่างกันไป ขึ้นกับโรคประจำตัวเดิม ตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ปฏิกริยาของผู้ป่วยแต่ละคนต่างกันไปขึ้นกับ

1) พื้นฐานบุคลิกภาพเดิม

แต่ละคนมีปฏิกริยาต่อความเจ็บป่วยไม่เหมือนกัน แม้จะพบว่าตนเองเป็นโรคหลอดเลือดสมองเหมือนกัน ขึ้นกับพื้นฐานทางจิตใจตั้งแต่เด็ก การอบรมเลี้ยงดู และประสบการณ์การเรียนรู้ที่สะสมมาตั้งแต่เกิด ประสบการณ์ในชีวิตทำให้คนเรารู้และรู้สึกไม่เหมือนกัน เช่น คนที่เคยมีญาติที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อตนเองเป็นโรคนี้อาจกังวลกลัวมากกว่าตนเองจะเสียชีวิตเช่นกัน

2) ลักษณะของโรคที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละคนจะมีลักษณะการดำเนินโรค อาการแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคต่างกันไปขึ้นกับโรคประจำตัวเดิมและตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โรคที่เป็นเรื้อรังต้องการการปรับตัวนาน การสูญเสียความสามารถทางร่างกายอาจมีผลต่อจิตใจ เช่น อาการวิตกกังวล ซึมเศร้าอยากตาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางคนอาจเกิดการสูญเสียระบบควบคุมต่างๆ สูญเสียความคิด และการปรับตัว ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ การรับรู้ผิดพลาดไป เกิดอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวงทำให้ไม่ร่วมมือต่อการรักษา

3) อายุของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดในวัยผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าอยู่วัยผู้ใหญ่ก็มีปัญหาในการสร้างฐานะครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุก็มีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับโรค อาการเจ็บป่วย การเปลี่ยนสถานที่และอาจวิตกกังวลมากกับการถูกทอดทิ้ง

4) ความเชื่อ และทัศนคติของผู้ป่วย

ในผู้ป่วยแต่ละคนก็แตกต่างกัน ขึ้นกับอายุและประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยบางคนเชื่อไสยศาสตร์ เชื่อโชคกลางก็อาจปฏิเสธการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันได้

5) ปฏิกริยาของบุคคลในครอบครัว

ผู้ป่วยอาจถูกมองเป็นคนผิดที่เจ็บป่วย เป็นสาเหตุของปัญหาภายในบ้าน หรือเป็นที่รังเกียจของคนอื่น ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อโรคของผู้ป่วยหรือพฤติกรรมที่รบกวนการรักษาได้

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1) อารมณ์วิตกกังวล

อาจพบในระยะแรกของโรค เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร สาเหตุจากอะไร ต้องรักษาอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเท่าไร รักษาหายหรือไม่ ซึ่งอาจแสดงออกมาทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พฤติกรรมถดถอยเหมือนเด็ก

2) อารมณ์เศร้า

พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 40 อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ยาวนานและพยาธิสภาพในสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ผิดหวัง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เบื่อกิจกรรมทุกอย่าง ซึมเศร้า ท้อแท้ อยากตาย ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองไม่มีโอกาส ไม่มีความหวังอีกต่อไปอยู่ไปก็เป็นการของครอบครัว ทำให้ทุกคนลำบาก รู้สึกตนเองไม่มีค่า และมีความผิดที่เป็นแบบนี้

3) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

พฤติกรรมต่อต้าน ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ มักจะปฏิเสธการดูแลจากคนอื่นไม่ยอมให้ช่วยเหลือ ไม่ยอมกินยาหรือฉีดยา

พฤติกรรมถดถอย อ่อน เรียกร้องความช่วยเหลือต่างๆ ที่ตนเองทำได้

พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ เอาแต่ใจ เรียกร้องให้ได้ดังใจ เอาแต่ใจตัวเอง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองทันทีก็เกิดความโกรธและแสดงความก้าวร้าวต่อผู้รักษาหรือญาติพี่น้อง

พฤติกรรมนอนไม่หลับ สับสนในตอนกลางคืน

พฤติกรรมหลีกเลี่ยง เพราะเชื่อว่าจะทำให้โรคแย่ลง ไม่กล้าทำงาน ไม่กล้าเดินทาง ไม่กล้าไปไหนคนเดียว บางคนไม่ยอมตกอยู่ในสภาพเจ็บป่วยเลยหลีกเลี่ยงไม่มาพบแพทย์ตามนัด ไม่ยอมกินยาตามกำหนด

พฤติกรรมทางเพศ อาจมีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ หรือมีพฤติกรรมทางเพศผิดปกติ เนื่องจากพยาธิสภาพสมอง

ผู้ป่วยบางรายบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น กลายเป็นคนที่ไม่ยึดหยุ่น เข้มงวด หรืออ่อนไหวต่อคำพูดของคนอื่น กลายเป็นคนอ่อนแอไป บุคลิกเก่าบางอย่างที่ซ่อนอยู่ อาจปรากฏเด่นขึ้นมาหลังจากการป่วยได้เช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และบุคลิกภาพเหล่านี้จะรบกวนต่อการรักษาและฟื้นฟูบำบัดทางกาย รวมทั้งสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้ญาติผู้ดูแลเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยมีอัตราการตายสูง

ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมจะมีมากในระยะแรกของการเจ็บป่วย (1 - 3 เดือนแรก) และค่อยๆ ลดลง เมื่อเวลาผ่านไปนานกว่า 2 ปี ในรายที่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย อาจปรับตัวได้เองโดยไม่ต้องใช้ยารักษา แต่ในรายที่อาการมากจนรบกวนต่อการรักษาของแพทย์และการทำกายภาพบำบัด การใช้ยาที่เหมาะสม การดูแลที่เหมาะสมจะช่วยลดอาการลงได้มาก

อาการทางจิตหลัง stroke

- | | |
|-------------------|----------|
| • 1 เดือนแรก | Acute |
| • 3 เดือน | Subacute |
| • มากกว่า 3 เดือน | Chronic |

สาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม :

มักพบว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

เช่น ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น พูดหรือสื่อสารกับผู้อื่นไม่ได้ ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไป ความมั่นคงทางใจลดลง การเข้าสังคมลดลง

2. พยาธิสภาพทางสมอง ตำแหน่งของเนื้อสมองที่ถูกทำลาย

ซีกซ้ายทำให้เกิดมากกว่าซีกขวา หลังการป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งทำให้พฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวนไป

การป้องกันและรักษา

- ควรสร้างความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่ดีที่สุด

การสื่อสารกับผู้ป่วย

- ควรพูดช้าๆ ชัดๆ เสียงดังฟังชัดให้ได้ยิน
- ควรใช้คำพูดสั้นๆ

การออกกำลังกาย

- เด็ก, หนุ่ม – สาว ควรออกกำลังกายช่วงเช้า 06.00 – 07.00 น.
- คนแก่, สูงอายุ ควรออกกำลังกายช่วงเย็น 16.00 – 17.00 น.

ควรให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่างๆ และเข้าสังคมกับผู้อื่นมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เริ่มตั้งแต่เช้าตื่นนอน ควรให้ลงจากเตียงมาหัดเดิน หรือนั่งเก้าอี้ ทำงานอดิเรก ฝึกกายบริหาร พร้อมรับแสงแดดในตอนเช้า หรือตอนเย็น พูดคุยกับลูกหลาน หรือเพื่อนฝูงที่คุ้นเคย ออกไปเที่ยวนอกบ้านบ้างและกลับไปเตียงนอนเมื่อถึงเวลานอนเท่านั้น กิจกรรมและสังคมรอบตัวจะช่วยลดอาการสับสนนอนไม่หลับตอนกลางคืนและส่งเสริมการเรียนรู้ ความจำแก่ผู้ป่วย **ประการสำคัญที่ต้องเน้น คือ อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บนเตียงนอนตลอดเวลา**

การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย stroke ที่มีภาวะซึมเศร้า POSTSTROKE DEPRESSION (PSD)

- Information ให้ข้อมูล, ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (Active education)
- Empowering ส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยพัฒนาการดูแลตนเอง
- Life review ทบทวนชีวิตที่ผ่านมา ทำ therapy กลุ่ม ประมาณ 3 คน / กลุ่ม
เล่าประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา
- Motivational interviewing (MI) ทำกลุ่มใหญ่ไม่มาก ไม่ควรเกิน 5 คน
เลือกหัวข้อมาอภิปราย เช่น การตั้งความหวังในการ
หายจาก stroke, ปัญหาอุปสรรคต่อการหาย stroke

- Physical exercise การออกกำลังกายจะช่วยลดอาการเครียด หรือความซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้บ้าง เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้รู้สึกดีขึ้น
- Supportive program การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยหลัง stroke ที่มีภาวะซึมเศร้า ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เน้นกาย, จิต, สังคม ให้ความรู้ กำลังใจ อาจเป็นการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ หรือเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจะรับรู้ได้ว่ามีคนคอยห่วงใยอยู่
- Music therapy ให้ผู้ป่วยฟังเพลง เพื่อให้ระบายอารมณ์ออกมา

Nursing care of ischemic stroke

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

โดย อ.ดวงเดือน เพื่อยมี

การคัดกรองผู้ป่วยที่คิดว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

1. FAST
 - F = Face
 - A = Arms
 - S = Speech
 - T = Time
2. การซักประวัติที่เกี่ยวข้อง
3. เจาะ Lab (FBS, BUN, Cr, Electrolyte, Coagulogram PT, INR)
4. CT Scan, Chest X-ray, EKG
5. NPO
6. ให้ยา rTPA สูงสุดไม่เกิน 90 มิลลิกรัม
7. record I/O
8. ครบ 24 ชั่วโมง ทำ CT Scan ซ้ำ
9. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย
10. เตรียมทำผ่าตัด ถ้าผู้ป่วย emergency BP drop, bleeding ซ้ำ

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

แพทย์จะพิจารณาให้ยา rTPA ในระยะ acute ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ Ischemic Stroke ข้อห้ามในการให้ยา

- 1) มีประวัติได้รับอุบัติเหตุที่สมองหรือเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 3 เดือน
- 2) มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) ภายใน 3 เดือน
- 3) มีเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน
- 4) ได้รับการผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน
- 5) ได้รับการเจาะเลือดทางหลอดเลือดแดง ในตำแหน่งที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้
- 6) มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน
- 7) ความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 185 mmHg หรือตัวล่างมากกว่า 110 mmHg
- 8) ตรวจร่างกายพบว่ามีเลือดออก หรือการได้รับอุบัติเหตุ เช่น มีกระดูกหัก
- 9) มีประวัติการรับประทานยาป้องกันเลือดแข็งตัว โดยค่า INR มากกว่า 1.7
- 10) ได้รับ heparin หรือ warfarin ภายใน 48 ชั่วโมง และค่า PTT (Partial-thromboplastin time) ผิดปกติ
- 11) ปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 / มม³
- 12) ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก. / ดล. หรือมากกว่า 400 มก. / ดล.
- 13) มีอาการชักร่วมด้วย แต่ถ้าคิดว่าอาการชักเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดก็สามารถให้ยาได้

14) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง hypodensity > 1/3 cerebral hemisphere

การดูแลผู้ป่วยในการให้ยา

- 1) ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาใน stroke unit หรือ ICU
- 2) best rest : ทำนั่งหัวสูง 15 – 30 °
- 3) keep BP
- 4) ดูแลไม่ให้มีไข้ (ถ้ามีไข้สมองจะถูกทำลาย)
ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 37.5 ° ให้ยาและเช็ดตัวลดไข้

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

งดกิจกรรมหลังให้ยา rTPA ภายใน 24 ชั่วโมง ดังนี้

- งดให้ heparin / warfarin / antiplatelet
- งดใส่ NG Tube / Foley's cath
- งดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line)
- งดเจาะ Arterial Blood gas หรือ เจาะหลอดเลือดแดง
- หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาที หลังให้ยา
- ควรให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา

เมื่อสงสัยว่าเกิดภาวะแทรกซ้อน

อาการและอาการแสดงที่สงสัยว่าน่าจะมีเลือดออกในสมอง เช่น ปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างฉับพลัน สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงฉับพลัน หรือบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ควรปฏิบัติดังนี้

- หยุดให้ยา rTPA และรายงานแพทย์ทันที
- เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency ทันที
- รายงานแพทย์ศัลยกรรม
- เจาะเลือดตรวจ : CBC, Plt, INR, PTT, PT
- เตรียมให้ FFP (Fresh Frozen Plasma) ประมาณ 10 c.c./kg. ตามแผนการรักษา

การประเมินในภาวะวิกฤติ โดยใช้ COMPOSURE

C	=	Consciousness
O	=	Oxygenation
M	=	Motor function
P	=	Pupils
O	=	Ocular movement
S	=	Signs
U	=	Urinary output
R	=	Reflexes
E	=	Emergency

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย (D/C)

- เริ่มเร็วที่สุด
- โดยทีมสหวิชาชีพ
- 48 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล
- วัตถุประสงค์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - เพื่อ : เตรียมความพร้อมผู้ป่วย / ครอบครัว
 - : ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
 - : ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย /ญาติ / ผู้ดูแล
 - : ลดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล / ครอบครัว
 - : ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่บ้าน
 - : เพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of Care)

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

- ความพร้อมของผู้ป่วยด้านจิตใจ, อารมณ์, สังคม, เศรษฐกิจ
- ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
- ใช้หลัก DMETHOD Model

DMETHOD Model

D	=	Diagnosis
M	=	Medication
E	=	Environments & Economics
T	=	Treatment
H	=	Health
O	=	Out patient referral
D	=	Dietary

- การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

การออกกำลังกาย / การทำกายภาพบำบัด

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัว การทำ

ความสะอาดร่างกาย ฯลฯ

การสังเกตอาการผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะมาก แขน – ขาอ่อนแรง

มากขึ้น กลืนลำบาก ตาพร่ามัว ฯลฯ

การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง

การมาตรวจตามนัด

การใช้แหล่งประโยชน์ เช่น แหล่งบริการสุขภาพในชุมชนใกล้บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วย /

ญาติสามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนและช่วยเหลือของบุคลากรในทีมสุขภาพ

ปัญหาที่พบหลังจำหน่าย

- ญาติเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติ มีความขัดแย้งในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- บทบาทหน้าที่ของญาติเปลี่ยนแปลง
- ผู้ป่วย / ญาติ / ครอบครัว / ผู้ดูแล ไม่พร้อม
- ทีมที่ติดตามการดูแลไม่ต่อเนื่อง
- ขาดเอกสารบันทึก คู่มือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการสื่อสารระหว่างทีม
- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ฯลฯ

หลักสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน (Ischemic Stroke)

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่มีอาการเฉียบพลันไม่เกิน 72 ชั่วโมงถือว่าเป็นเรื่องเร่งด่วนสำคัญ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ทันทีที่ เหมาะสมและประสิทธิภาพโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ
2. พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความชำนาญ ทักษะ สามารถประเมิน วินิจฉัยปัญหา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้อย่างรวดเร็ว
4. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีทักษะในการให้การพยาบาล การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยเข้าสู่สภาพเดิม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
5. พยาบาลจะต้องให้ความรู้ผู้ป่วย / ญาติ / ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
6. ในการวางแผนจำหน่ายควรให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วม

Nursing care of hemorrhagic stroke

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และการดูแลภาวะแทรกซ้อน

โดย อ.วาริณี ดั่งเงิน

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)

- ICH (Intracerebral Hemorrhage)
- IVH (Intraventricular Hemorrhage)
- SAH (Subarachnoid Hemorrhage)
- BGH (Basal ganglion Hemorrhage)

การวินิจฉัย

- ▶ CT Scan
- ▶ MRI
- ▶ Angiogram

การประเมินสภาพผู้ป่วย

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจเกี่ยวกับระบบประสาท
3. การตรวจพิเศษต่างๆ
4. การตรวจทางห้องทดลอง
5. การประเมินระดับความรู้สึกตัว

Conscious Level

- ★ Alert
- ★ Drawsy
- ★ Stupor
- ★ Semi Coma
- ★ Coma

การป้องกันอันตรายจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

- จัดทำนอนศีรษะสูง 15 – 30 องศา
- หลีกเลี่ยงการงอพับของลำคอ และข้อสะโพก
- ตรวจวัด V/S, N/S ทุก 15 – 60 นาที จนกว่าจะคงที่
- ประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา
- สังเกตการหายใจ
- แนะนำไม่ให้ไอ จามหรือเบ่ง

ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก

- ปวดอึกเสบ
- ปัสสาวะไม่ออก – ท้องผูก
- ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
- ปวด – ข้อติด
- แผลกดทับ
- หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน
- หกล้ม
- สมองเสื่อม
- ซึมเศร้า

การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว

ตัวผู้ป่วย

- V/S, N/S
- กิจกรรมประจำวัน
- อาหาร
- การสื่อสาร
- การรับรู้
- การเคลื่อนไหว
- การขับถ่าย
- ยา
- สภาวะทางด้านอารมณ์ และจิตใจ

ครอบครัว

- ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
- ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ
- สภาพสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย
- ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
- ความเชื่อ

2. การให้คำแนะนำในการทำกิจกรรมประจำวันแก่ผู้ป่วยและญาติ

- การทำความสะอาดร่างกาย
- การรับประทานอาหาร
- การพลิกตะแคงตัว และการจัดท่านอน
- การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive Exercise
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้น – ลงเตียง
- ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่
- ช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

3. การประสานการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ

- แพทย์
- พยาบาล
- นักกายภาพบำบัด
- นักสังคมสงเคราะห์
- นักโภชนาการ
- ฝ่ายเวชกรรมสังคม
- ศูนย์ HHC
- PCU

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

- ดูแลให้มีการออกกำลังกายของข้อต่างๆ ออกกำลังกล้ามเนื้อ
- การฝึกกลืนบ่นเตียง
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
- พยายามฟื้นฟูส่วนที่เสียให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ
- การฟื้นฟูจะต้องกระทำไปพร้อมๆ กับการกระตุ้นด้วยเสียงและการใช้สายตา

การดูแลในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

การอาบน้ำและทำความสะอาด

- ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง
- จัดหาอุปกรณ์ช่วย
- ให้ผู้ป่วยทำเอง ผู้ดูแลจะช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้

การแต่งกาย

- ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด
- เสื้อผ้าที่ผู้ป่วยใช้ควรสวมใส่สบาย เป็นแบบผ่าหน้าไม่ควรสวมศีรษะ
- ถ้าผู้ป่วยมี weak แขนและมือข้างใดข้างหนึ่ง
ควรให้ผู้ป่วยฝึกใส่เสื้อแขนข้างที่อ่อนแรงก่อนโดยใช้แขนข้างดีช่วย แล้วใส่ที่เหลือตาม
เวลาถอดเสื้อ ให้ถอดแขนข้างดีก่อนแล้วถอดแขนข้างที่อ่อนแรงตาม

การรับประทานอาหาร

- เตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสม
- ทำความสะอาดช่องปาก
- จัดเตรียมอาหาร วางในตำแหน่งที่เหมาะสม

การพักผ่อนนอนหลับ

- ควรให้ผู้ป่วยเข้านอน – ตื่นนอนเป็นเวลา
- ผู้ดูแลช่วยจัดท่านอนที่ถูกต้อง

การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

- ผู้ดูแลช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้ง
- ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 6 – 8 แก้ว
- บางรายที่ปัสสาวะไม่ออก ควรพาไปพบแพทย์เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว

การป้องกันอุบัติเหตุ

- จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ
- ควรมีการจัดทำราวให้ผู้ป่วยเกาะเป็นระยะๆ
- ปรับระดับพื้นให้เท่ากันเพื่อป้องกันการหกล้ม

การประคับประคองจิตใจ

- ป้องกันภาวะซึมเศร้า
- ป้องกันอารมณ์ผิดปกติ และเปลี่ยนแปลงง่าย
- ป้องกันพฤติกรรมไม่เหมาะสม

กระบวนการให้การปรึกษา

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1. การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ
 - small talk
 - บุคลิกภาพดี, ยิ้มแย้มแจ่มใส
 - กิริยาท่าทาง
 - พูด ชักถาม และฟัง
2. การสำรวจปัญหา
 - สะท้อนความรู้สึก
 - การเงียบ
3. การเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการ
 - สรุปความ
 - รู้ปัญหา

ปัญหาผลกระทบที่พบบ่อยมี 6 ด้าน คือ

- ด้านร่างกาย
- ด้านภาพลักษณ์
- ด้านเศรษฐกิจ
- ด้านครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด
- ด้านหน้าที่การงาน
- ด้านผลการรักษา

4. การวางแผนแก้ไขปัญห
 - ให้ข้อมูล
 - ให้กำลังใจ
5. การยุติบริการ
 - นัดครั้งต่อไป / ส่งต่อ
 - ปิดบริการ

Counseling of stroke

การให้คำปรึกษาโรคหลอดเลือดสมอง

โดย อ.สาลินี ไทยรัช

วัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาในโรงพยาบาล

ด้านผู้ป่วย

- เพื่อให้เกิดการร่วมมือในการรักษา
- เพื่อเป็นการดูแลให้ควบคุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม
- เพื่อช่วยเหลือให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ
- เพื่อช่วยเหลือภาวะเครียดและวิตกกังวลอันเกิดความเจ็บป่วย หรือเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย
- เพื่อเป็นการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ
- เพื่อช่วยเหลือให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษา
- เพื่อคุณภาพของการให้บริการตามมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ด้านญาติและครอบครัว

- เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวทางการรักษา
- เพื่อลดภาวะอารมณ์ความรู้สึก ที่มีต่อความเจ็บป่วยหรือการให้บริการ
- เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ด้านผู้ร่วมงาน

- เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน
- เพื่อการทำงานเป็นทีม
- เพื่อป้องกันผลเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพของงาน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาจมีภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมมากในระยะ 1 – 3 เดือนแรกของการป่วย การดูแลช่วยเหลือที่สำคัญ

- ▶ ควรให้ความรัก ความเอาใจใส่
- ▶ ควรจัดผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) 1 – 2 คน หมุนเวียนกัน เพราะถ้ามี care giver คนเดียวเขาจะรู้สึกแยเมื่อ 1 ปีผ่านไป ไม่มีเวลาส่วนตัวของเขา

เทคนิคการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

- ▶ พูดสิ่งที่ฟังประสงค์ต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติก่อน
ควรแนะนำให้ข้อมูลที่ต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติก่อน เพราะเขาจะจำได้
- ▶ ข้อห้ามที่ไม่ควรปฏิบัติต่างๆ อาจอยู่ในแผ่นพับ
- ▶ การแนะนำอาหาร
ควรแนะนำอาหารที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ หรือแนะนำอาหารแลกเปลี่ยน

บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) และครอบครัว

- ▶ ให้กำลังใจ
- ▶ ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วย ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ช่วยเหลือบ้างแต่ส่วนใหญ่ต้องฝึกฝนผู้ป่วย
- ▶ กระตุ้นผู้ป่วยไม่ให้ลีบร่างกายข้างที่อ่อนแรง
- ▶ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารร่วมกันได้ ไม่ควรแยกผู้ป่วยรับประทานอาหารต่างหาก (เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง)
- ▶ สามารถพาผู้ป่วยไปทำกิจวัตรประจำวันร่วมกับครอบครัวได้ทุกอย่าง เช่น ไป shopping, ไปสถานที่ต่างๆได้โดยรถเข็น
- ▶ พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ถูกต้องครบถ้วน หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด

*** อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บนเตียงนอนตลอดเวลา

Discharge planning and Home care of stroke

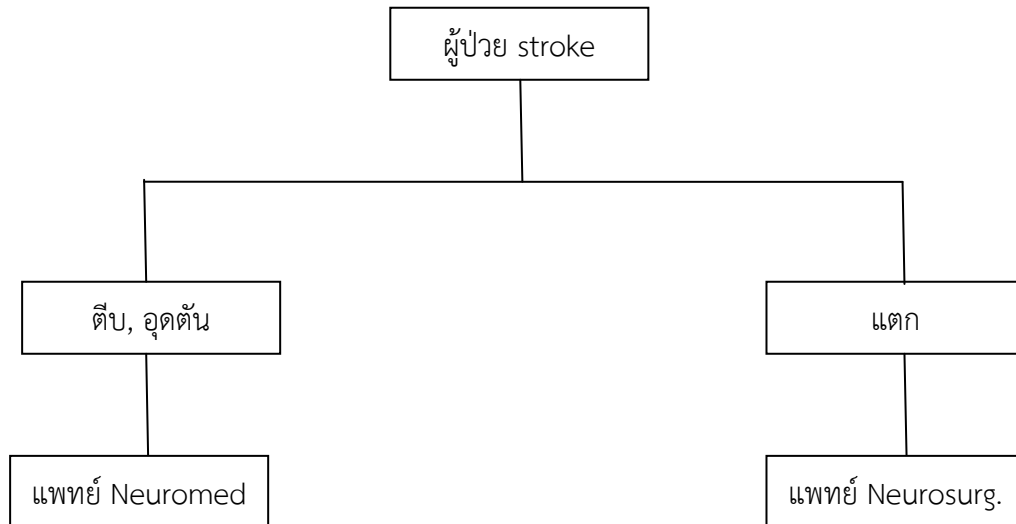
การวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

การเยี่ยมบ้าน

- ตรวจวางแผนเยี่ยมบ้าน หลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล
 - ครั้งที่ 1 หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ โดยควรเป็นทีมสหวิชาชีพ
 - ครั้งที่ 2 - 4 ทุก 1 – 2 สัปดาห์ อาจเป็นทีมพยาบาล
 - ครั้งที่ 5 อาจทุก 1 เดือน (ถ้า care giver ทำได้ดีแล้ว)
- การให้คำปรึกษาสามารถให้ได้หลายช่องทาง
 - การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย / ญาติ
 - การให้คำปรึกษารายบุคคล / รายกลุ่มแก่ญาติ
 - กลุ่มให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วย
 - ครอบครัวบำบัด

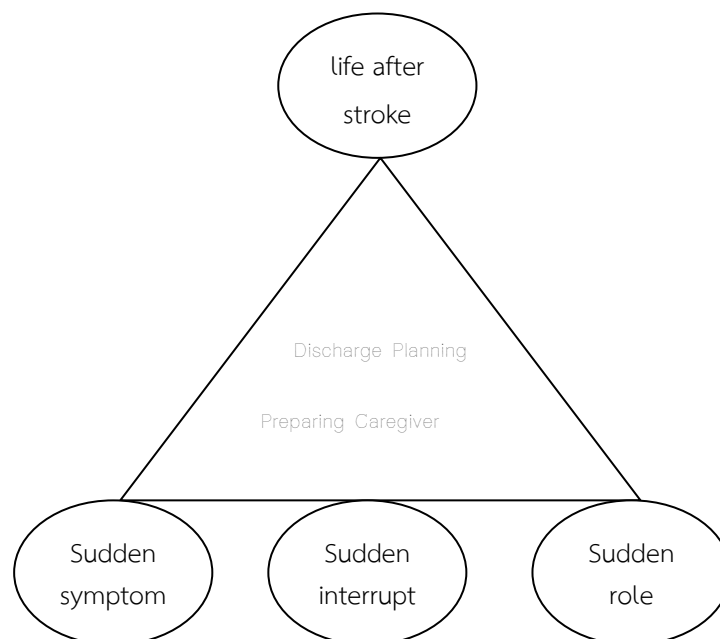
Preparing care giver and Family care of stroke

โดย อ.บุศรินทร์ รัตนาสิทธิ์



วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วย stroke

- life after stroke การใช้ชีวิตอยู่อย่างไรหลัง stroke



สรุปบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver)

- เป็นผู้ดูแล ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง
- เป็นผู้สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
- เป็นผู้สื่อสาร ความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยแก่บุคคลอื่นให้ทราบ รวมทั้งเป็นธุระในเรื่องต่างๆ
- เป็นผู้ช่วยเหลือในการดำเนินธุรกรรมทางการเงินต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย