

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with meningiomas who receive general anesthesia for craniotomy in Kalasin Hospital: Two case Studies.

(Received: November 27,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 11,2023)

ณภัค พัชรรัชพงษ์¹

Naphak Patcharatchaphong¹

บทคัดย่อ

การศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่มารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ.2566 โดยทำการศึกษาจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ถึงปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิงเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตรวจพบเป็น Meningioma at Right frontal ทำผ่าตัด Craniectomy with removal tumor ในระหว่างการผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดน้อย สัญญาณชีพคงที่ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ย้ายกลับหอผู้ป่วยสามัญได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิงเป็นผู้ป่วยอายุน้อย ไม่มีโรคประจำตัว ตรวจพบเป็น Right frontal meningioma with brain herniation ทำผ่าตัด Right Craniectomy with tumor removal with cranioplasty ใช้เวลาผ่าตัดนาน ระหว่างการผ่าตัดมีการเสียเลือดปริมาณมาก สัญญาณชีพไม่คงที่ หลังผ่าตัดสำเร็จถอดท่อช่วยหายใจนำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม หลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถพักฟื้นและจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายเข้ารับการผ่าตัด โดยวิสัญญีแพทย์วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเหมือนกันทั้ง 2 ราย แต่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรง โรคประจำตัว อายุ ที่แตกต่างกัน วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ยาระงับความรู้สึกและวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายทั้งก่อน ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อลดความเสี่ยงและการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์จากการให้ยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง,การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ,การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย,การพยาบาล

Abstract

A study of 2 patients who received craniotomy at Kalasin Hospital in May - August 2023 by studying medical records. Interviewing patients and relatives including participatory observation Gather information and analyze problems. Nursing diagnosis and anesthesia administration Patient 1 is female and elderly. Have diabetes High blood pressure, diagnosed as Meningioma at Right frontal, performed Craniectomy with tumor removal. During the surgery, there was little blood loss. Stable vital signs The breathing tube can be removed. Can be transferred back to the general ward The second patient, female, is a young patient. diagnosed as Right frontal meningioma with brain herniation, right craniectomy with tumor removal with cranioplasty, surgery took a long time. During surgery, a large amount of blood was lost. unstable vital signs After successful surgery, the patient was intubated and transferred to the surgical intensive care unit. After surgery, both patients were found to be able to recuperate and were discharged home. No complications were found from surgery and anesthesia.

The results of the study revealed that both patients had undergone surgery. The anesthesiologist planned the same general anesthesia for both cases, but the patients had different disease pathologies, severity, congenital diseases, and ages. Anesthetist nurses therefore play an important role in helping to administer anesthesia and plan appropriate nursing care for each patient before and after. During and after anesthesia is given To reduce the risk and occurrence of adverse events from anesthesia.

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Keywords: meningioma, craniotomy, general anesthesia, nursing

บทนำ

เนื้องอกสมอง (Brain tumor) เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะอาจเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ประสาทสมอง เยื่อหุ้มสมอง เซลล์โพรงสมอง ตลอดจนความผิดปกติที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ภายในระบบประสาทเอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น¹ เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) เป็นเนื้องอกสมองที่พบได้มากที่สุด เกิดขึ้นในชั้นเยื่อหุ้มสมองและเนื้อเยื่อหุ้มไขสันหลัง เป็นเนื้องอกชนิดที่เติบโตช้าและอาจใช้เวลาหลายปีกกว่าผู้ป่วยจะมีอาการ จึงทำให้เป็นเนื้องอกที่ยากต่อการวินิจฉัย ในบางครั้งอาจส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อสมอง เส้นประสาท และหลอดเลือดโดยรอบ ทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกช่วงอายุ แต่ส่วนใหญ่มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ถึง 2 เท่า อายุที่พบบ่อยพบในช่วงอายุ 50-60 ปี อาจมีก้อนเดียวหรือหลายก้อน สาเหตุของการเกิดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองยังไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองเกิดอยู่ภายในกะโหลกศีรษะที่มีพื้นที่จำกัด อาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกกดทับเนื้อเยื่อข้างเคียง เช่น อาการชัก ปวดหัวอาเจียน ตา มัว เห็นภาพซ้อน เดินเซ ใบหน้าชา หูหนวก แขนขาไม่มีกำลัง^{3,4} หรืออื่นๆ เนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมีผลต่อสมองได้แก่ ทำลายกดเบียดเนื้อสมอง กดทับเส้นประสาทสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองบวม(Brain edema) เกิดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม (Increased intracranial pressure) และภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง(Hydrocephalus) เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง(Brain herniation) เนื้องอกกดทับหลอดเลือดเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง(Brain infarction) ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท และอาจทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้ หากไม่ได้ทำการรักษาอย่างทันท่วงที การรักษาเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมองที่ดีที่สุด คือการผ่าตัดเอาออกให้หมด จะสามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจาก

โรคได้ แต่บางครั้งแพทย์ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองออกได้หมดจากการที่เนื้องอกไปหุ้มรอบเส้นเลือดสมองหรือเส้นประสาทที่สำคัญ ดังนั้นจึงใช้การฉายรังสีเพื่อรักษาเนื้องอกส่วนที่เหลือซึ่งจะช่วยชะลอไม่ให้ก้อนเนื้องอกเติบโตขึ้นใหม่^{3,4}

แม้การเกิดเนื้องอกสมองมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.4 แต่อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 60⁵ ในด้านอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลกพบว่าเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรงประมาณ 11.52 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี เนื้องอกไม่ร้ายแรงประมาณ 7.19 ต่อประชากรแสนคนต่อปี⁶ สำหรับในประเทศไทยพบประมาณ 18.71 ต่อประชากรแสนคนต่อปี และพบว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิด Meningioma ถึงร้อยละ 60² จะเห็นได้ว่าเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เป็นพยาธิสภาพที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิด หากไม่ได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม จะทำให้มีอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองเคลื่อน ไม่รู้สึกตัวและเสียชีวิตในที่สุด¹ ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองออกจึงมีความสำคัญมาก เพราะขณะผ่าตัดมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากกการสูญเสียเลือดและสารน้ำ การเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง การบาดเจ็บจากการจัดท่า การกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคร่วม เป็นต้น อีกทั้งภายหลังการผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการหรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต วิทยาลัยพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึกช่วยให้การผ่าตัด สำเร็จราบรื่น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญในงาน มีการพัฒนาทักษะความรู้อยู่เสมอ ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจศึกษารณศึกษานี้เพื่อวางแผนจัดทำแนวทางให้การพยาบาลระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์

รวมอย่างต่อเนื่องทั้งก่อน ขณะและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง 2 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

2. เพื่อศึกษาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะ และนำมาจัดทำแผนการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกต่อไป

วิธีดำเนินการ

ทำการศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองจำนวน 2 รายที่มารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2566 กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาและได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ โดยทำการศึกษาจากเวชระเบียนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล รวมถึงการสังเกตการให้การพยาบาลระงับ ความรู้สึกทั้งระยะก่อน ขณะและหลังการระงับความรู้สึก ศึกษารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากตำราเอกสารวิชาการ บทความ งานวิจัย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงปัญหาเปรียบเทียบกับทฤษฎีและสรุปผล

การรักษาเนื้องอกในเยื่อหุ้มสมอง ด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniectomy with removal tumor) เป็นการผ่าตัดใหญ่และอวัยวะสำคัญ ต้องได้รับการระงับความรู้สึก

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.การพยาบาลระยะก่อนให้บริการวิสัญญี
วิสัญญีพยาบาลประเมินปัญหา ความต้องการ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับบริการทางวิสัญญีดังนี้ การตรวจร่างกาย ประวัติโรคประจำตัว

ความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ประเมินสภาพจิตใจ ความกลัว ความเครียด และการรับรู้เกี่ยวกับอาการของตนเองและประเมินความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

2.การพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี

วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติการให้บริการทางวิสัญญี โดยการเผ่าระงับและการดูแลการให้ยาระงับความรู้สึกสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยหลังจากประเมินผู้ป่วยและร่วมปรึกษากับวิสัญญีแพทย์เพื่อเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกไม่มีหลักเกณฑ์จำเพาะ แต่พิจารณาตามชนิดของการผ่าตัด และโรคประจำตัวของผู้ป่วย

3.การพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี

วิสัญญีพยาบาลให้การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและสุขสบายของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นและติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาระงับความรู้สึกและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากบริการวิสัญญี

จากแผนการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รักษาด้วยการผ่าตัดและใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ และไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ใช้ในการทำผ่าตัดใหญ่บริเวณร่างกายส่วนบน เช่น ศีรษะ คอ บริเวณหลัง เป็นต้น⁸

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง อายุ 63 ปี ระดับการศึกษามัธยม 6 สถานภาพสมรส สมรสอาชีพ ชาวนา ภูมิลำเนา อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 21 พฤษภาคม 2566 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 24 พฤษภาคม 2566 การวินิจฉัยโรค Meningioma at Right frontal การผ่าตัด Craniectomy with tumor removal การตรวจพิเศษCT brain ให้การพยาบาลระงับความรู้สึก

แบบท้าวร่างกาย นำสลบด้วย Propofol ผู้ป่วยหลับ ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Non depolarized (Cisatracurium) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมการให้ยาระงับความรู้สึกโดยใช้เทคนิค Balance Anesthesia ด้วย Volatile agent และ Opioid คือ O₂ : air : sevoflurane และ Fentanyl monitor ด้วย EKG , Invasive(A-line) ,Pulse ,ETCO₂ ,Urin out put, Temperature และทดแทนสารน้ำและเลือด ตามที่สูญเสียจากการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชม. เสียเลือดประมาณ 300 cc. ให้สาร NSS 1200 cc . Urin ออกชั่วโมงละ 30 cc. ตรวจน้ำตาลได้ 120 mg% สิ้นสุดการผ่าตัดสามารถแก้ฤทธิ์ยาสลบ ผู้ป่วยหายใจดี v/s ปกติคงที่ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ย้ายผู้ป่วยสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น ให้ O₂ mask with Bag 10 L/min keep warm บันทึกสัญญาณชีพ ประเมิน GCS ประเมินความเจ็บปวด ประสานหอผู้ป่วยสามัญ รายงานอาการส่งต่อข้อมูล หลังจากสังเกตอาการหลังผ่าตัด 1 ชม. ที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีทำตามคำบอกได้ v/s ปกติ แผลผ่าตัดไม่ซึม จำหน่ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยสามัญได้โดย ให้ O₂ mask with Bag 10 L/min มีวิสัญญีนำส่ง หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์ นัดF/U 2 สัปดาห์

กรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิง อายุ 30 ปี ระดับการศึกษา ปริญญาตรี สถานภาพสมรส สมรส อาชีพ

ค้าขาย ภูมิลำเนา อำเภอดำรง จังหัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 5 สิงหาคม 2566 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 10 สิงหาคม 2566 การวินิจฉัยโรค Meningioma at Rt.frontal lobe with brain edema การผ่าตัด Craniectomy with tumoral การตรวจพิเศษ CT brain ให้การพยาบาลระงับความรู้สึกแบบท้าวร่างกาย นำสลบด้วย Propofol ผู้ป่วยหลับใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Non depolarized (Cisatracurium) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมการให้ยาระงับความรู้สึกโดยใช้เทคนิค Balance Anesthesia ด้วย Volatile agent และ Opioid คือ O₂ : air : sevoflurane และ Fentanyl monitor ด้วย EKG , Invasive(A-line) ,Pulse ,ETCO₂ ,Urin out put, Temperature และทดแทนสารน้ำและเลือด ตามที่สูญเสียจากการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด 4 ชม. เสียเลือดประมาณ 1000 cc. ได้ PRC 2 u ,FFP 2 u ให้สาร NSS 3600 cc . Urin ออกชั่วโมงละ 50 cc. บันทึกสัญญาณชีพ BP 130/80 PR 80 /min spo₂ 100 หลังทำการผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยยังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยมายังหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง on Bird ventilator เนื่องจากเตียง ICU เต็ม หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์ นัดF/U 2 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก		
-ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ขาดความรู้ความเข้าใจ	- มีความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมในการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ไม่ถูกกดหรือเลื่อนผ่าตัด	1.ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยก่อนวันทำการผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและรวบรวมปัญหาและวางแผนการรักษาร่วมกันกับทีมแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ตลอดจนทีมผ่าตัดห้องปฏิบัติการ, การเตรียมหอผู้ป่วยหนัก ตลอดจนเครื่องช่วยหายใจให้พร้อมใช้หลังผ่าตัด 2.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตนเองอธิบายเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคตามแผนการรักษาของแพทย์ 3.กระตือรือร้น สนใจต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยบอกเล่าเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
		<p>4.ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยโดยประสานทีมในการดูแลรักษาทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด</p> <p>5.อธิบายขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นขณะให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดว่าจะมี วิกฤติแพทย์ วิกฤติพยาบาลดูแลตลอดเวลาไม่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกเจ็บ</p> <p>6.แนะนำการงดน้ำ-งดอาหาร อย่างน้อย 8 ชม. เพื่อป้องกันการสำลัก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>7.ประเมินความยุ่งยากในการใส่ท่อช่วยหายใจตามวิธี Mallampati จำแนกผู้ป่วยตาม American society of anesthesiologist ตรวจวัด สัญญาณชีพ จังหวะเลือดและส่วนประกอบของเลือด (PRC 4 u, FFP 4 u) จอง ICU</p> <p>8.รายงานข้อมูลผู้ป่วยกับวิสัญญีแพทย์เกี่ยวกับโรคประจำตัวผู้ป่วย คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (กรณีศึกษารายที่ 1) ตลอดจนผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด การตรวจร่างกาย, CXR, CT, EKG เพื่อ วางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>9.มีการทำ Mask size หลังโกนศีรษะโดยแพทย์เจ้าของไข้</p> <p>10.อธิบายกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการผ่าตัดจะต้องใช้เวลาผ่าตัดนานไม่ ต่ำกว่า 3 ชม. ตลอดจนหลังผ่าตัดอาจต้องย้ายไปสังเกตอาการที่หอ ผู้ป่วยหนักและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยจะมีแพทย์และพยาบาลดูแล อย่างใกล้ชิด</p> <p>11.ตรวจเช็คการลงนามใบยินยอมการผ่าตัด ใบยินยอมให้ระงับความรู้สึก ของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>12.อธิบายแนวทางการลดอาการปวดแผล</p> <p>13.ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติถึงภาวะเฝ้าระวังการเข้าเยี่ยม</p>
<p>ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1:ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมประเมิน ASA class 3 ไม่มีปัญหาเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจยาก วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบ ทัวร่างกายได้ เตรียมเปิด IV fluid เบลอร์ใหญ่เพิ่มอีก 1 เส้น หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมในเข้ารับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ไม่ถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัด</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2:เยี่ยมตรวจประเมินผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ASA class 4 วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทัวร่างกายได้ G/M PRC เพิ่ม 2 u จอง ICU วางแผนเตรียมทำ invasive monitor (A-Line) C- Line เตรียมเปิด IV fluid เบลอร์ใหญ่เพิ่มอีก 1 เส้น หลังให้การพยาบาลญาติมีความวิตกกังวล ลดลง มีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมในเข้ารับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ไม่ถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัด</p>		
ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก		
1.เสี่ยงต่อการเกิดความดันใน กะโหลกศีรษะสูงจากเซลล์ สมองได้รับบาดเจ็บ	-เพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนจาก การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจาก ความดันในกะโหลกศีรษะสูง - เพื่อส่งเสริมศิัลยแพทย์ให้ทำการ ผ่าตัดได้สะดวกราบรื่น	<p>1.วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ควบคุมความดันโลหิตตลอดเวลา (Arterial line) ประเมิน Glasgow coma scale ตามมาตรฐานการพยาบาล ตาม แผนการรักษา</p> <p>2.ติดตามค่า CO2 ควบคุม Paco2 30-35 mmHg</p> <p>3.วัดและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 2-4 ชม.</p> <p>4.จัดท่านอนยกศีรษะสูง 15-30 องศา ไม่ให้ศีรษะพับงอ</p> <p>5.บริหารยา Dilantin 100 mg iv และ Dexa 4 mg iv ให้ได้ตามแผนการ รักษา</p> <p>6.ดูแลการให้สารน้ำที่เป็น Isotonic cystaliod 0.9% NSS 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา</p> <p>7.หลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับความรู้สึกที่ทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น Ketamine</p>
ประเมินผลการพยาบาล		

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1: ไม่พบภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ราบรื่น กรณีศึกษาตอนที่ 2: ไม่พบภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ราบรื่น		
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียสารน้ำและเลือดขณะผ่าตัด	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> ดูแลและควบคุมสัญญาณชีพตลอดจนวิสัญญีแพทย์จะใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ (Central line) เพื่อประเมินการให้สารน้ำตลอดเวลา 7 ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินให้สารน้ำเข้า-ออก ปัสสาวะออกมากกว่า 30 cc/hr เจาะหาค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 1 ชม. รวมทั้งเจาะภาวะความเป็นกรดต่าง (Blood gas analysis) สายสวนหลอดเลือดแดง (Arterial line) ตรวจเช็คเตรียมความพร้อมของเลือดที่จองไว้สำหรับการผ่าตัดให้พร้อมใช้ ลงบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือด ระหว่างการผ่าตัดเพื่อประเมินการให้สารน้ำและเลือดทุก 1 ชม.
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษาตอนที่ 1: ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการผ่าตัด เสียเลือด 300 cc ได้รับสารน้ำทดแทนเพียงพอเหมาะสม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษาตอนที่ 2: ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการผ่าตัด เสียเลือด 1000 cc ได้รับสารน้ำทดแทนเพียงพอให้ PRC 2 U FFP 4 U สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ เฝ้าติดตามด้วย invasive monitor A-Line		
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ อุณหภูมิร่างกายต่ำ	- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	<ol style="list-style-type: none"> คลุมผ้าปราศจากเชื้อในบริเวณผ่าตัด และไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น รวมทั้งคลุมปลายมือทั้งสองข้างเพื่อรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย วางผ้าห่มอุ่นไฟฟ้าที่ให้ความอบอุ่นร่างกายบริเวณลำตัวผู้ป่วย รวมถึงการใช้เครื่องอุ่นสารน้ำและเลือด ใช้เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย Monitor ไว้ตลอดเวลาขณะผ่าตัด ปรับอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศให้อยู่ในช่วงไม่ต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส ปิดเครื่องปรับอากาศเมื่อผ่าตัดเสร็จ เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด เช็กทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบริเวณที่เปียกให้แห้ง เปลี่ยนเสื้อผ้า ห่มผ้าห่ม
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษาตอนที่ 1: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ T=37 องศาเซลเซียส กรณีศึกษาตอนที่ 2: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ T=36.8 องศาเซลเซียส		
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hyper-Hypoglycemia) (กรณีศึกษาตอนที่ 1 ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน)	- ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ Hyper-Hypoglycemia	<ol style="list-style-type: none"> ให้สารน้ำทดแทนตลอดระยะเวลาที่งดน้ำ อาหารให้ถูกต้องและเพียงพอ เจาะตรวจหาค่าน้ำตาลในเลือดทางปลายนิ้วทุก 1 ชม. ในขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึก 10 ตรวจสอบสัญญาณชีพในขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึก (ผู้ป่วยรายนี้วัดค่าความดันโลหิตจาก Arterial line) สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง-ต่ำ ซึ่ม ไม่มีเหตุออกตัวเย็น
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษาตอนที่ 1: ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ Hyper-Hypoglycemia เจาะ DTX ก่อนมาผ่าตัด = 130 mg% - ขณะดมยา 120 mg หลังดมยา 124 mg%		
5. เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่า	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาทจากการจัดท่าผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินความพร้อมของเตียงผ่าตัด อุปกรณ์เสริมในการจัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม ครอบคลุมก่อนการจัดท่า

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
		2.ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยเสี่ยงในการจัดทำร่วมกับแพทย์ 3.จัดทำผู้ป่วยร่วมกับศัลยแพทย์ วิชาญแพทย์ วิชาญพยาบาล ทีมผ่าตัด 4.จัดทำนอนหงาย จับยึดศีรษะด้วย Pin skull clamp ต่อกับอุปกรณ์ May filed หมุนข้อต่อให้แน่น 5.หนุนปมประคองต่างๆด้วยผ้าหนานุ่ม จัดแขนทั้งสองข้างแนบลำตัว 6.สำรวจร่างกายทุกส่วนให้อยู่ในแนว Body alignment แยกขาออกเล็กน้อย 7.หลังผ่าตัดประเมินอาการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อ และผิวหนัง
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษารายที่1:ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาทจากการจัดทำผ่าตัด กรณีศึกษารายที่2:ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาทจากการจัดทำผ่าตัด		
ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก		
1.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลง	-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน	1.ประเมินลักษณะการหายใจ ประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากการมีเสมหะคั่งค้าง โดยสังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจเร็ว ตื้น กระสับกระส่าย ขณะหายใจการเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่สัมพันธ์กัน ริมฝีปาก เล็บมือปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ 2.ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องโดยการฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้ง 2 และดูดเสมหะออกเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 3.วัดสัญญาณชีพโดยเครื่องมือที่อ่านค่าO2 ค่าปกติ 95-100% 4.ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจโดยแจ้งให้ญาติรับรู้ว่าต้องมีการผูกมัดข้อมือผู้ป่วยทั้ง 2 ข้าง 5.จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาหรือตะแคงไปด้านที่ไม่กดทับแผล จะช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างพอตามแผนการรักษาของแพทย์ 7.ให้ความอบอุ่นร่างกาย ไม่ให้เกิดภาวะหนาวสั่นเพราะจะทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 8.ดูดเสมหะ ทุก 2 ชม. เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง 9.ติดตามผล Arterial Blood gas ,ติดตามผลทางรังสีวิทยาตามแผนการรักษา
ประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษารายที่1:ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด on o2 mask c Bag 10 LPMที่หอบผู้ป่วย ไม่มีหอบเหนื่อยไม่มี cyanosis Spo2 100% กรณีศึกษารายที่2: :ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด on ET tube กลับ หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่หอบไม่มีหอบเหนื่อยไม่มี cyanosis Spo2 100% หลังผ่าตัดในระยะพักฟื้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ หายใจได้เองไม่หอบเหนื่อย		
2.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อสมองถูกทำลายมากขึ้น	-ป้องกันภาวะเนื้อสมองถูกทำลาย	1.วัดสัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาททุก GCS 1/2 - 1 ชม. 2.จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา. 3.ดูแลการไหลของถุงระบายเลือดจากศีรษะ (Drain) ไม่ให้มีการอุดตัน 4.ดูแลการให้ยาลดความดันกะโหลกศีรษะ กันชัก ตามแผนการรักษา 5.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อต้องทำกิจกรรมทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย
ประเมินผลการพยาบาล		

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
<p>กรณีศึกษารายที่1:ไม่พบภาวะเนื้อสมองถูกทำลาย ไม่มีเลือดออกเพิ่มในสมอง แผลผ่าตัดไม่ซีม Drain ไม่อุดตัน V/S ดี</p> <p>กรณีศึกษารายที่2:ไม่พบภาวะเนื้อสมองถูกทำลาย ไม่มีเลือดออกเพิ่มในสมอง แผลผ่าตัดไม่ซีม Drain ไม่อุดตัน V/S ดี ผู้ป่วยฟื้นคืนสติ GCS 15 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้</p>		
3.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด	-ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล ประเมินแผลผ่าตัดว่ามีอาการ บวม แดง ร้อน มี Discharge ซีมหรือไม่ ประเมินประสิทธิภาพของท่อระบาย ว่าคงสภาพ Vacuum และ Close system พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของสารคัดหลั่ง เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพป้องกันการคั่งของเลือด แนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ ห้ามแคะแกะเกาแผล และไม่นอนกดทับแผล เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคเข้าสู่แผล แนะนำญาติดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย เพื่อความสะอาด ลดปริมาณการปนเปื้อนเชื้อและเพื่อความสะดวกสบาย ประเมินภาวะติดเชื้อจากระดับอุณหภูมิกาย ลักษณะแผลผ่าตัดจากการบันทึกทางการพยาบาล
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษารายที่1: ไม่พบการติดเชื้อ ไม่ปวด บวม แดง ร้อน แผลแห้งดี ไม่มีไข้ T=37 ได้รับยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบตามแผนการรักษา</p> <p>กรณีศึกษารายที่2:ไม่พบการติดเชื้อ แผลแห้งดีไม่ซีม ไม่มีหนอง ไม่บวม ไม่มีไข้ T=36.8 ได้รับยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบตามแผนการรักษา</p>		
4.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ทุเลापวดแผล ระดับความปวดลดลง น้อยกว่า 3 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินคะแนนความปวด(Pain score) โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (Visual analog scale)และสังเกตอาการสีหน้า อาการกระสับกระส่าย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ภายหลังจากให้ยาแก้ปวด ประเมินและบันทึกอาการปวดของผู้ป่วย และสังเกตอาการข้างเคียงของยา จัดท่านอนให้สุขสบาย จัดหัวเตียงสูง 15-30 องศาเพื่อลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ หรือให้ผู้ป่วยนอนตะแคง เพื่อหลีกเลี่ยงการนอนกดทับแผลผ่าตัดหรือดึงรั้งสายท่อระบาย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อต้องทำกิจกรรมทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษารายที่1:ผู้ป่วยสุขสบาย ปวดแผลเล็กน้อย Pain scale 2 ไม่ได้ขอยาแก้ปวด นอนหลับพักผ่อนได้</p> <p>กรณีศึกษารายที่2:ผู้ป่วยสุขสบาย ในระยะแรกปวดแผลมาก Pain scale 5 ขอยาแก้ปวดหลังได้ยาแก้ปวด นอนหลับพักผ่อนได้ pain scale 2</p>		
5.วิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้	-เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการกลับไปดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน	<ol style="list-style-type: none"> ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก อาเจียน ชักเกร็ง การเคลื่อนไหวผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แผลผ่าตัดอักเสบบวมแดง ต้องรีบมาพบแพทย์ ให้คำแนะนำการรับประทานให้ครบ5 หมู่ งดการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา กินชั๊ก ยาเบาหวาน ยาความดันตามแผนการรักษา แนะนำการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ระวังการลื่นล้ม ให้คำแนะนำการดูแลทำความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>กรณีศึกษารายที่1:ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการกลับไปดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน สีหน้าสดชื่นสอบถามวิธีดูแลตนเองที่บ้านสามารถตอบได้ นัด F/U 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตามนัด</p> <p>กรณีศึกษารายที่2:ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการกลับไปดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน สีหน้าสดชื่นสอบถามวิธีดูแลตนเองที่บ้านสามารถตอบได้ นัด F/U 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตามนัด</p>		

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่ ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เปรียบเทียบกับกรณีศึกษา 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความผิดปกติจากการการมีเนื้องอกในสมอง⁶ พยาธิสภาพของโรคทำให้เริ่มมีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายและส่งผลต่อจิตใจเกิดความกังวลใจต่อผู้ป่วยและญาติ² เหมือนกันทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวรักษาต่อเนื่อง เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ได้พบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยวางแผนการรักษาและยอมรับการเจ็บป่วยจึงมาตามนัดเพื่อรับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ มีการเตรียมตัวและมีการรับรู้ถึงกระบวนการรักษา กรณีศึกษารายที่ 2 อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน ไม่มีโรคประจำตัวเป็นมารดาหลังคลอด เมื่อเริ่มมีอาการปวดศีรษะซ้ายแก้มปวดมารับประทานเอง ไม่ไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา และใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายความเครียด จนอาการกำเริบรุนแรงมาด้วยปลุกไม่ตื่น ไม่รู้สึกตัว แขนขาอ่อนแรง เป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤตเสี่ยงต่อการพิการและเสียชีวิต อาการรุนแรงมากกว่า รายที่ 1 จะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของโรคเดียวกัน ความรุนแรงของโรคประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวส่งเสริม เพศ อายุ โรคประจำตัว ขนาดและตำแหน่งของก้อนเนื้องอก สิ่งสำคัญที่เรียนรู้ได้จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายคือการสังเกตอาการและการได้รับการตรวจวินิจฉัยวางแผนการรักษาอย่างรวดเร็วในระยะแรกจะทำให้พยาธิสภาพของโรคไม่รุนแรงรักษาได้อย่างทันท่วงที

เมื่อเริ่มเข้าสู่กระบวนการผ่าตัด การวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเหมือนกันทั้ง 2 ราย⁷ กรณีศึกษารายที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะผู้สูงอายุและโรคประจำตัว ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากมีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่สมองบวม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสียเลือดมาก Hypovolemic shock

การวางแผนการพยาบาลในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจะต้องพิจารณาตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยอาการวิกฤตจะมีการเตรียมเลือดเพิ่มจากปกติ การเตรียม Invasive monitor การเตรียม ICU post op การเตรียมการระงับความรู้สึกของวิสัญญีนอกจากจะวางแผนให้ยาระงับความตามพยาธิสภาพของคนไข้แล้วยังมีการเตรียมในกรณี Elective case และ Emergency case ด้วย

ในขณะที่ทำการผ่าตัด ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายผู้ป่วยทั้ง 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดได้เหมือนกัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เสียเลือดน้อยไม่ต้องให้เลือด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด รายที่ 2 เสียเลือดมาก ต้องได้รับเลือดเพิ่มเติม การวางแผนการพยาบาลที่เตรียมไว้ก่อนผ่าตัดทำให้มีเลือดพร้อมใช้ได้ทันท่วงที ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนจึงไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock จะเห็นว่าในขณะที่ผ่าตัด ทั้ง 2 รายมีโอกาสเกิดภาวะ shock จากการเสียเลือด สมองขาดออกซิเจนจากการเสียเลือดมาก ความดันตก และมีโอกาสเสียเลือดได้มากจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง วิสัญญีมีบทบาทสำคัญในการช่วยเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะนี้ขณะให้การระงับความรู้สึก เพื่อการผ่าตัดสำเร็จราบรื่นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ความสูงอายุ ได้รับการพยาบาลระงับความรู้สึกตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ย้ายกลับตึกศัลยกรรมหญิง V/S stable ปกติและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน Bleeding มี Hydrocephalus มีโอกาสกลับมาผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่จะเกิดได้จริง คาท่อช่วยใจและเตรียมย้าย ICU แต่ ICU ไม่สามารถรับย้ายได้ในขณะนั้นเนื่องจากมีคนไข้วิกฤตฉุกเฉินกว่าที่ต้องเข้า ICU จึงย้ายผู้ป่วยกลับตึกศัลยกรรมหญิง สังเกตอาการต่อ ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้

เอกสารอ้างอิง

1. นลินี พสุคันธภักดิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : ธนาพรเส; 2557.
2. พิมพ์กาญจน์ ทรัพย์มีชัย. ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมจัดการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง.[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:http://etesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5814032040_10679_11254.pdf
3. รุ่งศักดิ์ ศิวานวัฒน์. Central Nervous System tumor. ใน : สิทธิพร จิตตมิตร, พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 2. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร : ไพลินบุ๊คเน็ต; 2558. หน้า 501-2.
4. Kaye AH. Brain tumor. 2nd ed. New york: Churchill Livingstone, 2002.
5. Armstrong TS, Cron SG, Bolanos EV, Gilbert MR, Kag D-H. Risk factors for fatigue severity in primary brain tumor patients. Cancer 2010;1:2707-15.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี: สถาบันประสาทวิทยา; 2557
7. สุจิตรา ลิ่มอำนวย, ขวณพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่วิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 7 ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556
8. อังคณา เหลืองนทีเทพ. การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับศัลยกรรมออร์โธปิดิก. ใน: อังกาบปรากฏรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, ปฏิภาณ ตุ่มทอง, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เอพลัสพรินท์; 2556. หน้า 418-22.
9. อัศพร บุญเกิด. โรคนีื้องอกสมอง (Brain tumor) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://med.mahidol.ac.th/surgery/site/default/files/pupbic/pdf/PDFneuro/4.pdf>
10. longo DL. 369 Seizures and Epilepsy. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2021. P.3258.