

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองและ มีภาวะติดเชื้อที่ปอด: กรณีศึกษา

Nursing care of a patient with a cerebral aneurysm after undergoing surgery to Clipping the cerebral aneurysm and having a lung infection: a case study.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

นภาพร ชมสวัสดิ์¹
Napaporn Chomsawat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองและมีภาวะติดเชื้อที่ปอดในระยะหลังผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 19 สิงหาคม 2566 ด้วยอาการซึมลง 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผล CTA brain พบ Acute SAH at both parietal-temporal, saccular type AcoA aneurysm.

ผลการศึกษา: ส่งไปผ่าตัด Lt pterional craniotomy with aneurysm clipping โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หลังผ่าตัดส่งกลับมาดูแลแต่วันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยทำตามคำสั่งได้ ใส่ท่อหลอดลมคอ มีเสมหะมาก พบการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยซึมลงส่ง CT brain พบ Rt hydrocephalus และได้รับการผ่าตัด Rt ventriculostomy ระยะก่อนผ่าตัด ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนลดการติดเชื้อที่ปอด ป้องกันการเกิดภาวะ IICP มีความไม่สมดุลของระดับโซเดียม ระยะหลังผ่าตัด ยังมีความเสี่ยงการเกิดภาวะ IICP เสี่ยงติดเชื้อเข้าสู่สมอง มีโอกาสพร่องสารน้ำและสารอาหาร พরণกิจวัตรประจำวัน ได้ให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ IICP การติดเชื้อที่ปอดลดลง ถอดท่อหายใจได้วันที่ 6 กันยายน 2566 อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 14 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 วัน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง, ภาวะติดเชื้อที่ปอด

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for patients with cerebral aneurysms after undergoing surgery to Clipping the cerebral aneurysm and having lung infections in the postoperative period. By study a Thai female patient, age 58 years old, was admitted to the hospital on 19 August 2023 with symptoms of lethargy 4 hours before coming to the hospital. CTA brain results showed acute SAH at both parietal-temporal, saccular type AcoA aneurysm.

Results: The patient was sent for Lt pterional craniotomy with aneurysm clipping at Thammasat University Hospital. After surgery, the patient was sent back for nursing care on 25 August 2023. The patient followed and was put in a tracheal tube. There was a lot of mucus. A lung infection was found. The patient was depressed. And then was sent for CT brain and this found Rt hydrocephalus. The patient received Rt ventriculostomy surgery. Preoperative period, nurse prevented tissue oxygen depletion, reduced lung infections and prevented IICP in patient. The patient had an imbalance in sodium levels. Postoperative period, patients had a risk of IICP, a risk of infection entering the brain, depletion of water and nutrients and deprivation of daily routine. The nurse provided nursing care as planned. IICP did not occur, lung infections decreased. The patient's breathing tube was removed on 6 September 2023, and his condition gradually improved. The patient was discharged on 14 September 2023, total hospital stay for 17 days.

Keywords: cerebral aneurysm, cerebral aneurysm clamping surgery, lung infection

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (cerebral aneurysm) เป็นโรคที่เกิดกับหลอดเลือดแดงในสมองที่

มีการโป่งพองออกมาเป็นกระเปาะ มักไม่แสดงอาการจนกว่าจะมีการแตกเกิดขึ้น เมื่อแตกแล้วจะทำให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

(Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: ASAH) ซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์จากโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกมีความรุนแรงและเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 50 และที่เหลือร้อยละ 20-30 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากมีความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological deficits) ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตนี้ มีจำนวนน้อยกว่า 1 ใน 3 ที่ฟื้นหายเป็นปกติได้ใน 18 เดือนหลังเกิดอาการภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์จากโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกระยะวิกฤต ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทและระบบต่างๆของร่างกายที่เกี่ยวข้องโดยภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทที่พบบ่อยคือ การมีเลือดออกซ้ำ (re-bleeding) การหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (cerebral vasospasm) ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง (hydrocephalus) การชักเกร็ง (seizure) และภาวะสมองบวม (cerebral edema) ด้วยปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูอย่างถูกวิธีตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹²

จากสถิติกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาจำนวน 361 ราย, 381 ราย และ 269 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองจำนวน 2 ราย, 3 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 5.49 มีภาวะติดเชื้อมีอัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 7.69, 14.29 และ 9.52 ตามลำดับ⁹ พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา และหลงเหลือความพิการให้น้อยที่สุด ตลอดจนมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้างทั่วไป รับส่งต่อจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มารักษาตามสิทธิ วันที่ 25 สิงหาคม 2566

อาการสำคัญ

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มารักษาตามสิทธิ หลังผ่าตัด Lt parietal craniotomy with aneurysm clipping 7 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

วันที่ 19 สิงหาคม 2566 ญาติสังเกต มีไข้ ซึมลง มีคลื่นไส้ อาเจียน 4 ชั่วโมง สังเกตอาการไม่ดีขึ้น จึงนำส่งโรงพยาบาล ส่งทำ CTA brain พบ Acute SAH at both parietal-temporal, saccular type AcoA aneurysm. ส่งไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หลังผ่าตัดส่งกลับมาดูแลต่อโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hct 33.2%, Hb 10.1 g/dl WBC 9,450 cells/uL, Monocyte 6.9%, MCV 74 pg, MCH 23.3 pg. Electrolyte Sodium 126 mmol/L CO₂ 23 mmol/L Potassium .1 mmol/L ผลการตรวจ CT Brain วันที่ 25 สิงหาคม 2566 พบ Chronic Lt SDH with mild ventricular dilatation with minimal MH ผล EKG normal rate 100 ครั้ง/นาที

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง GCS E4V5M5 pupil Ø 2 mm RTL BE แขน ขา 2 ข้าง motor power grade 3 On ET-tube with Ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง เสมหะมากสีขาวขุ่น On NG for feeding สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 178/92 มิลลิเมตรปรอท On iv 0.9%NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr คู่กับ Nicardipine (1:5) เริ่มต้นที่ 20 µd/min หลังแพทย์พิจารณาผล CT brain ให้ Set

OR for Rt Ventriculostomy หลังผ่าตัดยังมีเกลือแร่ต่ำ Sodium 124 mmol/L ให้ 3% NaCO₃ 500 ml iv 30 ml/hr ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 1.5 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง หลังจากผลเพาะเชื้อออกดียาปรับเป็น Vancomycin 500 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง เริ่ม Try wean ปรับ mode ventilator เป็น SPONT PEEP5 FiO₂ 0.4 FT 2 PS8 feed BD 300 ml ได้ทุกมือ สามารถหยุดเครื่องหายใจ และ off ET-tube วันที่ 6 กันยายน 2566 เริ่มทำ กายภาพบำบัด ใช้lung Film chest ดีขึ้น และเริ่มรับประทานอาหารได้ตามลำดับ วันที่ 10 กันยายน

2566 set OR for VP shunt หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน วางแผนจำหน่าย อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 22 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 28 วัน นัดตรวจติดตามคลินิกศัลยกรรมประสาท และเวชศาสตร์ฟื้นฟู วันที่ 9 ตุลาคม 2566 GCS 15 คะแนน แขนขาทั้ง 2 ข้างมีกำลังมากขึ้น นัดติดตามต่อ 25 มีนาคม 2567 ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีหลอดเลือดสมองโป่งพอง	กิจกรรมการพยาบาล เพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำจากสมองเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ โดยปรับระดับหัวเตียงให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อการไหลกลับของเลือดดำตามแรงโน้มถ่วงของโลก และการปรับตัวของสมองโดยการช้บน้ำหล่อสมองให้ไหลลงสู่ช่องไขสันหลัง ทำให้ปริมาณสารเหลวในเวเนทริเคิลลดลงจัดศีรษะผู้ป่วยอยู่ในแนวตรง ไม่ให้หักพับงอ ดูแลไม่ให้มีการเอนของศีรษะและไม่ให้มีการกดทับบริเวณลำคอ เพื่อป้องกันการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง จัดท่าไม่ให้มีการงอของข้อสะโพกผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา จัดท่าให้นอนราบป้องกันการพับของข้อสะโพก ซึ่งจะทำให้มีการคั่งของเลือดในช่องท้องทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันในช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยา Nicardipine (1:5) เริ่มต้นที่ 20 µd/min เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง ประเมินระดับความดันโลหิตทุก 30 นาที พบว่าความดันโลหิตยังสูง (ความดันโลหิต 210/110 มิลลิเมตรปรอท) จึงปรับเพิ่มยาทีละ 5 µd/min ปรับถึง 25 µd/min จนความดันโลหิตคงที่ ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา ต่อแสง การอ่อนแรงของแขนขา Pulse pressure กว้างมากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น วางแผนรายงานแพทย์ทราบทันที ให้อาสาสมัครดูแลความดันโลหิต และ ยากันชัก ทาง NG feed คือ Nimodipine (30) 2 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง Keppa (500) 1 tab oral bid pc ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดท่านอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ดูดเสมหะอย่างถูกวิธีและเท่าที่จำเป็น เพื่อไม่ให้เป็นการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ ไม่เกินครั้งละ 10-15 วินาที มีการระบายลมหายใจ (Hyperventilation) สลับการดูดเสมหะเพื่อไม่ให้คาร์บอนไดออกไซด์สูง แต่จะเพิ่มระดับออกซิเจนป้องกัน Hypoxia การประเมินผล GCS E ₄ V ₄ M ₅ ขนาดรูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาดีทั้งสองข้าง Motor power grade 3 สัญญาณชีพ ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/90-168/95 มิลลิเมตรปรอท มีแผนการรักษาส่ง CT brain เพื่อดู hydrocephalus
ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อมด	กิจกรรมการพยาบาล ก่อน-หลังการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่เหลว ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ ตั้งเครื่องช่วยหายใจ On Ventilator SIMV mode PS 6 PEEP 5 FiO ₂ 0.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ sterile technique เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะและป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ พ่นยา Beradual 1 NB พ่นทุก 4 ชั่วโมง สังเกตลักษณะสี กลิ่น จำนวนของเสมหะ และส่งเพาะเชื้อเพื่อการวินิจฉัยตามแผน การรักษา ดูแลความสะอาดช่องปาก และความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรคทุก 8 ชั่วโมง ตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้น้ำไหลกลับเข้าสู่ผู้ป่วยและเปลี่ยนเครื่องช่วยหายใจทุก 72 ชั่วโมง เพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 1.5 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล
	อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-120 ครั้ง/นาที เสมหะใส ไม่ข้น และไม่มูกลิ้น เหนียว จำนวนลดลง ปริมาณ WBC 9,400 cells/mm ³ Film chest มี Infiltrate both lung ลดลง
ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโซเดียมต่ำ	กิจกรรมการพยาบาล สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสน อาเจียน ชีพจร และอาการของภาวะสมองบวม ชัก หมดสติ ตรวจวัดสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและประเมิน อาการแสดงของภาวะ Hyponatremia ดูแลให้NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr เพื่อทดแทน ปริมาณ Na ที่สูญเสียออกมากับปัสสาวะ และเพิ่มความเข้มข้นของ Na ในเลือด ดูแลให้ 3% NaCl 500 ml iv drip rate 30 ml/hr ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ มีไข้ ผิวหนังร้อน ปากแห้ง บวม กระหายน้ำ กระสับกระส่าย ปัสสาวะน้อย จะเกิดเนื้อเยื่อตายจากยารั่วออกนอกเส้นเลือด ติดตามผลการตรวจระดับ Na ในเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และรายงานแพทย์ถ้าพบผลผิดปกติเพื่อพิจารณาให้การรักษาทันที การประเมินผล ภายหลังได้รับการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่ซึมลง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาเจียน ผลการตรวจ electrolyte พบค่า Na = 137 mmol/L อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ปัญหาที่ 4 ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การทำผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก	กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติด้วยกิริยาอ่อนโยนและเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ บอกญาติทุกครั้งที่ก่อนให้การพยาบาลว่าจะทำอะไรกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในแผนการรักษาและคลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก ต่าง ๆ พยาบาลรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตอบคำถามด้วยความมั่นใจ เต็มใจ เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจและความคาดหวังที่ดีอธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในแผนการรักษาและคลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึกต่าง ๆ พยาบาลรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตอบคำถามด้วยความมั่นใจ เต็มใจ เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจและความคาดหวังที่ดี อธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในแผนการรักษาและเตรียมผ่าตัด สำหรับด้านจิตใจ โดยอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงโรค อาการและการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย รวมถึงแผนการรักษาขั้นต่อไปให้ญาติเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ จากแพทย์หรือพยาบาลตามความเหมาะสมด้วยความเป็นมิตร เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจในการรักษาและร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงความจำเป็นของการรักษาด้วยการผ่าตัดและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเพื่อให้ญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือและเซ็นยินยอมทำการผ่าตัด แจ้งให้ญาติ รับรู้เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยคร่าวๆ หลังผ่าตัด เพื่อให้ญาติเตรียมพร้อมด้านจิตใจ เช่น ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาจมีสายระบายเลือดออกจากแผลผ่าตัด เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายถึงการพยาบาลหลังผ่าตัดเพื่อให้ญาติคลายวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งทีวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ญาติมีความมั่นใจและสบายใจ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ญาติพอใจและมั่นใจในการพยาบาล ด้านร่างกาย ตรวจสอระยะเวลากางดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักขณะดมยาระงับความรู้สึก โภชนาและทำความสะอาดหนังศีรษะ ก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด ระวังไม่ให้มีบาดแผลเพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป ความสะอาดปากและฟันเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จากการดมยา ก่อนการผ่าตัด เตรียมสิ่งของที่ต้องนำไปพร้อมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัด รายงานประวัติผู้ป่วย พร้อมใบเซ็นยินยอมผ่าตัด CXR และ Film CT scan of brain การประเมินผล ญาติมีสีหน้าแจ่มใส สดชื่นขึ้นบ้าง ญาติผู้ป่วยแสดงอาการสงบ ซักถามอาการน้อยลง และเข้าใจว่ามีเลือดออกในสมองไม่ลดลงกว่าเดิม จำเป็นต้องผ่าตัดใส่สายระบายเลือด
ปัญหาที่ 5 อาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพองออกซิเจนต่ำจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองบวมหลังการผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้สะดวก ลดการคั่งของเลือดในสมอง สมองได้รับเลือดและออกซิเจนมากขึ้น จากการที่ระบบไหลเวียนดีและลดสมองบวม ดูแลเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ดูแลเสมหะทุก 2 ชั่วโมง และเมื่อมีเสียงครืดคราด ทั้งในท่อหลอดลมคอและในปาก และไม่ดูดนานเกิน 10-15 วินาที และช่วยหายใจด้วย Self Inflating Bagออกซิเจนความเข้มข้น 100% 3-5 ครั้ง ก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไป

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	และดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตลักษณะเลือดที่ออกจากบาดแผลและดูแลให้ External ventricular drainage อยู่ระดับแนวเดียวกับหูตามแผนการรักษา เพื่อไม่ให้เกิดการซังของเลือดในบริเวณที่ผ่าตัด รวมทั้งจัดบันทึกจำนวนเลือดที่ระบายออกจากแผลทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเสียเลือดและระวังไม่ให้สาย drain หลุด โดยตั้งระดับสายระบาย ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและใส่ EVD มักจะให้นอนหงายศีรษะตรงสูงประมาณ 30-45 องศา (ตามแผนการรักษา) นำไม้บรรทัดอัน ที่ 1 แนบชิดกับรูของผู้ป่วยแล้ววัดไปในแนวเส้นตรงขนานกับพื้น/เตียงในขณะที่ผู้ป่วยนอนหงาย ไปยังหัวเตียง นำไม้บรรทัดอันที่ 2 ไขว้ตั้งเป็น เส้นตรงตั้งฉากกับไม้บรรทัดอันที่หนึ่งโดยแนบชิดกับขอบเตียงขึ้นไป 10-15 cm. เหนือระดับรูแล้วใช้เทปใสยึดติดไม้บรรทัดอันที่ 2 กับหัวเตียงเพื่อทำเป็น Land mark นำชุด EVD ที่เตรียมไว้ ไปติดตั้งกับระดับ Setting ที่ set เอาไว้ในขั้นตอนแรก โดยวัดจากจุดโค้งสาย (จุดหยดน้ำ) ของกระเปาะ Set IV และยึดตรึงกระเปาะกับสาย EVD ด้วยเทปใสตามระดับ ที่กำหนดไว้ ติดป้ายเพื่อแจ้งเตือนเหนือเตียงผู้ป่วย “ห้ามปรับระดับหัวเตียง” โดยจะปรับ ให้อยู่ในระดับ 30 องศา ตรวจสอบสาย EVD ไม่ให้พับงอ เพื่อให้ CSF ไหลออกสะดวก บันทึกลักษณะของ CSF รวมถึงปริมาณโดยการชั่งน้ำหนัก Transfer bag เดิม (น้ำหนัก 1gm = 1cc) หักลบกับน้ำหนักถุงเปล่า ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr. ตรวจสอบและบันทึกสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการชักเกร็ง ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง เพราะการชักแต่ละครั้งทำให้สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและทำให้สมองบวมมากขึ้น ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ลดความตึงเครียดจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุให้ความดันในสมองสูงขึ้นได้ คือ Fentanyl 25 mcg iv ทุก 6 ชั่วโมง การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัว GCS E4VTM5 รูม่านตา 2 มิลลิเมตร ปฏิกริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังของแขนขา แขนขาซ้ายเคลื่อนไหวได้ระดับ 3 แขนขาคือเคลื่อนไหวได้ระดับ 5 ไม่มีอาการอาเจียนพุ่งและปวดศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9-38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ O₂ saturation 95-100% ความดันโลหิต 133/78-139/90 มิลลิเมตรปรอท
ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเข้าสู่สมอง เนื่องจากมีแผลเปิดถึงสมอง	กิจกรรมการพยาบาล ก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่เหลว ทำแผลแบบเทคนิคปราศจากเชื้อ ใช้ NSS ล้างแผล สังเกตลักษณะแผลไม่มีอาการบวม แดง ร้อน แต่มี discharge ไหลซึม รายงานแพทย์ทราบ ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยโดยใช้ Glasgow coma scale ทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากการติดเชื้อที่สมองจะมีผลทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงได้ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อจากการที่อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น อธิบายให้ญาติเฝ้าระวังผู้ป่วยและ แกะแผลบริเวณศีรษะ และระวังผู้ป่วยดึงสายระบาย ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คือ Tazocin (100mg/kg/day) 1 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ผื่นแดงตามร่างกาย แขนงหน้าอก การประเมินผล แผลที่ศีรษะแห้งดี ไม่บวมแดงไม่มีสารคัดหลั่งจากแผล ลักษณะสีของเลือดที่ออกจากสายระบายมีสีจางลงและจำนวนลดลงจนสามารถ off ได้ ในวันที่ 10 กันยายน 2566
ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ข้อยึดติดและแผลกดทับ จากความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย	กิจกรรมการพยาบาล ป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ้มเลือดอุดตัน โดย ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันทุก 8 ชั่วโมง ได้แก่ ขาบวมข้างเดียว Unilateral leg swelling) ปวดที่ขาข้างเดียว Homan's sign แสดงผลบวก ผิวหนังแดงและอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำ ที่อยู่ชั้นใต้ผิวหนังได้ชัดขึ้น และ ประเมินอาการปวดน่อง ขา หรือเป็นตะคริว อาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบทุกเวร วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่อง ถ้าพบว่าขาบวมข้างเดียวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร รายงานให้แพทย์ทราบ ดูแลให้ได้รับน้ำประมาณ 2,000 - 3,000 ml/day เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อแบบทำด้วยตนเอง (Active range of motion) หรือให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน (Active assistive ROM) โดยใช้ท่ากระดกข้อเข้าขึ้นลง (Ankle pump) การหมุนข้อเท้า (Ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (ankle slide) อย่างน้อยท่าละ 15 ครั้ง 2 รอบต่อวัน ป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยประเมินและบันทึกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale และปฏิบัติ ตามแนวทางที่ประเมินได้ ดูแลผิวหนังไม่ให้皴ขึ้น พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง อย่างนุ่มนวล สังเกตรอยแดง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รอยขีดตาม ปุ่มกระดูกต่างๆ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ป้องกัน ข้อยึดติด โดยออกกำลังกายโดยให้มีการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ (Passive range of motion) วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ จัดให้นอนในท่าที่เหมาะสมและสุขสบาย โดยวางหมอนบางได้เข้า หลีกเลี่ยงการเอามารูไขว้กัน ดูแลทำ Passive Exercise ให้ขณะไม่รู้สึกตัว และกระตุ้นให้ทำ Active Exercise เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว และอาการคงที่ ประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายเพื่อร่วมดูแลในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การประเมินผล ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันที่ขา ข้อต่าง ๆ เคลื่อนไหวได้ จนสุดพิสัย ผิวหนังตามปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ
ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กิจกรรมการพยาบาล ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล ดูแลสายยางต่อลงถุงให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา ดูแลไม่ให้เกิดการไหลย้อนกลับของปัสสาวะในถุงปัสสาวะโดยแขวนถุงปัสสาวะในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเสมอ เมื่อจำเป็นต้องยกถุงสูงกว่า เช่น ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้หนีบสายยางก่อนทุกครั้ง ดูแลไม่ให้เกิดการคั่งของน้ำปัสสาวะ โดยระวังไม่ให้สายหัก พับ งอ และประเมินภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็ม โดยสังเกตการณ์ปัสสาวะบริเวณหัวเหน่าทุกเวร ใช้พลาสติกปิดตีสวยสวนปัสสาวะในตำแหน่งที่ถูกต้องเสมอ โดยติดบริเวณหน้าขาด้านบนและระวังไม่ให้เกิดการเคลื่อนเข้า-ออกของสายสวนปัสสาวะใช้สำลีชุบ Alcohol 70 % เช็ดจุดปิดถุงปัสสาวะภายหลังเข้าปัสสาวะทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก วันละ 2 ครั้ง และเมื่อมีการเปลี่ยนสายปัสสาวะภายหลังการถ่ายอุจจาระ วัดและบันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ เมื่อไข้ไม่ลดลงให้ยาลดไข้ โดยให้ paracetamol (500 mg) 1 tab ๑ ทุก 4 ชั่วโมง สังเกต บันทึกลักษณะสี กลิ่น และจำนวนของปัสสาวะที่ออกทุกเวร การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37.1-37.4 องศาเซลเซียส ปัสสาวะสีใส ปกติ ไม่ขุ่น ไม่พบ discharge ไหลจากช่องทางเดินปัสสาวะ
ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน	กิจกรรมการพยาบาล อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง และแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพื่อให้คำแนะนำญาติในการให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ 140/90 mmHg อธิบายการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ โดยลดอาหารที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง อาหารรสเค็ม หรือมีเกลือโซเดียมสูง ลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการรับประทานผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ BMI อยู่ในช่วง 19-23 kg/m2 รับประทานยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษาของแพทย์หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียดหรือผ่อนคลายความเครียด โดยวิธีนอนหลับพักผ่อน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคความดันโลหิตสูงและต้องมาพบแพทย์ดังนี้ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อนแนะนำการใช้ประโยชน์จากสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน แก่ญาติ กรณีมีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการคำปรึกษาหรือการช่วยเหลือ ชี้แจงและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด ประสานทีม HHC เวชกรรมสังคม เพื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และเยี่ยมติดตามดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปบ้าน การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกแผนการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้านได้ และตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้ เช่น การรับประทานยา การรักษาความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง สามารถสารถีย้อนกลับการจัดทำนอน การออกกำลังกาย การให้อาหารทางสายยาง การฉีดยาอินซูลินได้อย่างถูกต้อง

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพทำให้ไม่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงซ่อนอยู่ จึงไม่ได้รับการรักษา ทำให้มีภาวะของหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น แต่เนื่องจากไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรค คือไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ทำให้หลังผ่าตัดเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ของการรักษา ผู้ป่วยจึงไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ นอกจากนี้ยังได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งและลดภาวะ hydrocephalus หลังผ่าตัดไม่พบภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง มีการสังเกตลักษณะแผล เช่น บวม แดง ร้อน หรือการมีสาร

คัดหลั่ง เพื่อประเมินอาการที่บ่งบอกว่าการติดเชื้อทำแผลโดยยึดหลัก aseptic technique ติดตามอาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพ หลังถอด EVD แผลแห้งดี ไม่มี CSF ซึม ไม่มีไข้ ได้รับการทำกายภาพบำบัดจนแขนขาขยับได้เกรด 5^{3,4,5}

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้ป่วย ควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรเพิ่มพูนความรู้พยาบาลศัลยกรรมเพื่อให้มีสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Clipping Aneurysm ที่รับ Refer Receive

เอกสารอ้างอิง

- 1.จิตติมา แสงสุวรรณ. (2560). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 2.บุผา ไวยพัฒน์. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง: กรณีศึกษา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 6(1): 71-9.
- 3.วรรณภา ปัดพัด (2564). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพ : กรณีศึกษา. วารสารพยาบาล สภาากาชาดไทย; 14(2).
- 4.วิไล สุรสาคร. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3; 19(3): 221-226.
- 5.ศิริอร สันธุ์. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Nursing care for stroke patients). สภาการพยาบาล:ยืมการพิมพ์.
- 6.อุษา พ่วงสมจิตร. (2564). <https://www.yrh.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/10/Km-28102021.pdf>.
- 7.Shah KB, Shrestha S, Jaiswal SK, Qian LB, Kui CL. (2018). Aneurysm clipping and outcome for Hunt & Hess grade 4, 5 subarachnoid hemorrhage - a literature review. OJMN; 8(2): 215-32.
- 8.Inagawa T. (2016). Risk factors for cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a review of the literature. World Neurosurg; 85: 56-76.
- 9.กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2566). รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช