

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย
: กรณีศึกษา

Nursing care of the patient Suboccipital craniotomy removal Vestibular schwannoma
: A case study

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 17,2024 ; Accepted: August 18,2024)

จันทนา คุณสวัสดิ์¹
Jantana Khoonsawad ¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 60 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มาด้วยอาการสำคัญ มุมปากข้างซ้ายตก พูดไม่ชัด เดินเซ แพทย์ได้ทำผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกเส้นประสาทหูออก จากการศึกษาพบว่า ปัญหาในระยะเฝ้าระวังก่อนผ่าตัด คือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เสี่ยงต่อการถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัด ในระยะผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในโพรงสมอง เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อสมองและเส้นประสาทสมองใกล้เคียงกับบริเวณผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาททรุดลง โดยไม่รู้สึกรู้สิด ตัว แขนขา ข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 ไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ หลังจากได้รับการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขา ข้างซ้ายขยับได้ในแนวราบ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 2 ถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ หายใจได้เอง โดยไม่ต้องให้ออกซิเจนบำบัด ผลการประเมินความสามารถทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง แพทย์จึงส่งกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

คำสำคัญ: โรคเนื้องอกเส้นประสาทหู, การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problem and nursing care of patient with Suboccipital craniotomy removal Vestibular schwannoma. This patient is a 60-year-old female with a history illness of type 2 Diabetes mellitus, Hypertension, and Dyslipidemia. The patient came with the chief complaint of left facial palsy, dysarthria, and ataxia so the Neurologist performed surgery to remove Vestibular schwannoma. This study found that an important problem each period namely the visit preoperative period reduces the risk of falls, the risk of having surgery canceled or postponed surgery, the operative period includes complications such as intraventricular hemorrhage, a risk of injury to the brain tissue and cranial nerve in the surgery area, the postoperative period is the patient deteriorating neurological symptoms included unconsciousness, left-side weakness motor power grade 0, can't breathe by myself had to be an endotracheal tube with the ventilator. After receiving treatment and nursing care with rehabilitation the patient is well conscious and the left arm and leg can move horizontally moter power grade 2, able to successfully wean the ventilator, and can breathe on its own without oxygen therapy. The results of the Activity Daily Living assessment were moderately dependent. The doctor then refers to for further a nearby community hospital.

Keywords: Vestibular schwannoma disease, Suboccipital craniotomy removal operation

บทนำ

โรคเนื้องอกเส้นประสาทหู (Vestibular Schwannoma) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง¹ พบได้

ประมาณ 1 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 40-60 ปี คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 8 - 10 ของเนื้องอกในกะโหลกศีรษะทั้งหมด²

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ซึ่งเกิดอยู่บนเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (Vestibulocochlear nerve หรือ Acoustic nerve) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบริเวณ Cochlear nerve ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน และส่วน Vestibular nerve ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว³ ดังนั้นเมื่อเกิดเนื้องอกบริเวณนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเสียงดังในหู ความสามารถในการได้ยินลดลง การทรงตัวไม่ดี เดินเซ เมื่อก่อนเนื้องอกขยายใหญ่ขึ้น ทำให้ปริมาตรของเนื้อสมองเพิ่มขึ้น และเกิดการอุดตันทางออกของน้ำไขสันหลัง ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง นอกจากนี้ก้อนเนื้องอกอาจไปกดเบียดสมองและเส้นประสาทหรือโครงสร้างที่อยู่ใกล้ๆ ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10, 11 และ brainstem, pons, cerebellar peduncle, ventricle และทางออกของ CSF^{2,3,4} หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพและเสียชีวิตได้⁴ การรักษาเนื้องอกเส้นประสาทหู มี 3 วิธีหลัก คือ ผ่าตัดเนื้องอก การผ่าตัด และรังสีรักษา โดยส่วนใหญ่ประสาทศัลยแพทย์มักจะเลือกวิธีผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เนื่องจากผู้ป่วยจะพบแพทย์เมื่อก่อนเนื้องอกขนาดใหญ่แล้ว การรักษาด้วยวิธีอื่นอาจไม่ประสบผลสำเร็จ² ระหว่างหรือหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น ภาวะอัมพาตใบหน้า น้ำไขสันหลังรั่ว ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง สูญเสียการได้ยิน สูญเสียการทรงตัว การมองเห็น และติดเชื้อของแผลหลังผ่าตัด โรคหลอดเลือดสมอง ชัก⁵ โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีหลายปัจจัยทั้งป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ เช่น ขนาดและตำแหน่งของเนื้องอก ความยากง่ายของการผ่าตัด เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทใกล้เคียง มีเลือดตกค้างในช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางกับชั้นในหรือมีภาวะสมองบวมระหว่างผ่าตัด²

จากข้อมูลของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มาใช้บริการผ่าตัด จำนวน 41 ราย โดยเป็นผู้ป่วย

โรคเนื้องอกเส้นประสาทหูเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทั้งหมด⁶ การรักษาโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่พบ คือ วิธีผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย ถึงแม้จะพบจำนวนผู้ป่วยน้อย แต่การผ่าตัดเป็นวิธีที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องเฝ้าระวังการบาดเจ็บของเนื้อสมอง และเส้นประสาทสมองบริเวณใกล้เคียง ในระหว่างผ่าตัดรวมทั้งการผ่าตัดใช้เวลานาน และมีการจัดทำผ่าตัดในท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ และท่านั่ง ซึ่งเป็นท่าผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกรดทับเนื้อเยื่อและเส้นประสาท จากความยุ่งยากซับซ้อนของการผ่าตัด ทำให้ต้อง ประเมินความเสี่ยง คาดการณ์วิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลง อาการผิดปกติของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด หลังผ่าตัด เพื่อวางแผนช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ผู้ศึกษาได้เห็นถึงความสำคัญ จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย ที่เข้าเกณฑ์การรักษา
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยและการพยาบาลผู้ป่วย
3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย จากผู้ป่วย ญาติ และการสังเกต
4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล

5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ด้วยอาการ 9 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มุมปากข้างซ้ายตก พูดไม่ชัด เดินเซ เวียนศีรษะ แพทย์ศัลยกรรมประสาทได้ส่งทำ MRI และวินิจฉัยโรคเป็น left Jugular foramen schwannoma วางแผนทำผ่าตัด Left retro sigmoid craniotomy with tumor removal and external ventricular drain (EVD) under GA ในระหว่างการผ่าตัดพบก้อนเนื้ออกบริเวณเส้นประสาทสมองที่ 7 และ 8 ขยายไปกดเบียดเส้นประสาทสมองที่ 9 และ 10 และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัดโดยมีเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) แพทย์ได้หยุดเลือด และผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ชนิดภายนอก (External ventricular drainage; EVD) และให้การวินิจฉัยโรคภายหลังผ่าตัดเป็น Vestibular Schwannoma ทำการผ่าตัด Left suboccipital craniotomy with tumor removal with duraplasty with plates and screws fixation, external ventricular drain at right frontal ventriculostomy จากการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 1-3 วันแรกพบ ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาททรุดลงจากก่อนผ่าตัด โดยผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS = 8T - 9T (E₃V₁M₆) มุมปากข้างซ้ายตกคงเดิม แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่เคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อ

เกรด 0 แขน ขา ข้างขวา เคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 หายใจเองไม่ได้ มีอาการชักกล้ามเนื้อกระตุก ระดับความดันในกะโหลกในศีรษะ ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดสูง ผล CT Brain ชี้ 1 พบ intracerebral hemorrhage with perilesional edema at right frontal lobe ระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการ on ET Tube with ventilator ใ้ Nicardipine 1:5 ⑤ drip keep SBP ≤ 140 mmHg , Dilantin 1,000 mg ⑤ drip x 1 dose และ Dilantin 100 mg ⑤ drip q 8 hr , Keppra 750 mg ⑤ drip q 12 hr, 50% MgSO₄ 4 mg + 5%D/W 100 ml ⑤ drip x 2 day, Glycerol 500 ml ⑤ drip x 3 วัน, Regular insulin ตาม sliding scale หลังจากนั้นความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ไม่มีอาการชัก ระดับแมกนีเซียมในเลือดปกติ ต่อมามีปัญหาติดเชื้อทางเดินหายใจ ดูแลให้ Fortum 1 gm ⑤ q 8 hr ตามแผนการรักษา อาการดีขึ้น พยายามหย่าเครื่องช่วยหายใจแต่ไม่สำเร็จ แพทย์จึงพิจารณา ทำ Tracheostomy และหย่าเครื่องช่วยหายใจอีกจนสำเร็จ ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่ต้องใช้ออกซิเจนบำบัด ส่วนปัญหาด้านร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากนักกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งแขน ขาข้างซ้ายเคลื่อนไหวได้แนวราบ กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ADL เท่ากับ 9 คะแนน มีภาวะพึงพิงระดับปานกลาง แพทย์จึงส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เพื่อฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่อง รวมระยะเวลาการรักษาอยู่โรงพยาบาล 42 วัน

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ และเดินเซ	- ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการเวียนศีรษะ - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของโรคที่ส่งผลต่อการทรงตัวผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม วิธีการป้องกันและเฝ้าระวัง - ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ จัดโต๊ะข้างเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย มีแสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะบริเวณเตียง ทางเดิน ห้องน้ำ และพื้นทางเดิน พื้นห้องน้ำแห้ง ปรับระดับเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุด ยกราวกัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	เตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้งเมื่อกระทำการกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ กับผู้ป่วยเสร็จสิ้น ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ 4. แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนท่าทางหรือลุกซำๆ เดินอย่างระมัดระวังและสวมรองเท้าที่ไม่ลื่น มีญาติช่วยพยุงเดินและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 5. ดูแลติดเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์การพลัดตกหกล้มที่เตียงเพื่อระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง และสื่อสารในทีมการดูแลและญาติให้เฝ้าระวังผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 6. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง โดยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องล็อคเปลนอนให้เรียบร้อย ใช้บุคลากรในการเคลื่อนย้ายอย่างน้อย 2 คน การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ไม่มีรอยฟกช้ำ หรือบาดแผลตามร่างกาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกกดหรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อมในการทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. การทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ดังนั้นก่อนผ่าตัดจึงต้องเตรียมสภาพร่างกายให้พร้อมก่อนรับการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด มีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้ม บอกว่า รู้สึกกลัวเพราะต้องผ่าตัดสมอง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีโอกาสพิการ หรือเสียชีวิตได้ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยถูกกดหรือเลื่อนผ่าตัดจากสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อม	1. การพยาบาลระยะเฝ้าผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน ปฏิบัติ ดังนี้ 1.1 ศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดที่จะได้รับ รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล การตรวจประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทางรังสีวิทยา การตรวจพิเศษต่างๆ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ค่าส่งของแพทย์ในการเตรียมผ่าตัด เพื่อวางแผนให้การพยาบาลในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด พร้อมตรวจสอบเอกสารแสดงความยินยอมผ่าตัด 1.2 ทักทายผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 1.3 สอบถามเรื่องประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา ตรวจร่างกายผู้ป่วยทั่วไป ประเมินความวิตกกังวลจาก สีหน้า ท่าทาง และคำบอกเล่า 1.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา และตอบข้อซักถามอย่างตรงประเด็น จนผู้ป่วยเข้าใจ 1.5 อธิบายการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความสะอาดร่างกาย การเตรียมผิวหนังบริเวณศีรษะ การงดน้ำ งดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ พร้อมชี้แจงเหตุผล 1.6 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อระบายจากแผลผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจ 1.7 ให้ข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด 1.8 ให้ความแนะนำ และฝึกทักษะผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ สอนวิธีบริหารกล้ามเนื้อขาและน่อง 2. การพยาบาลในห้องรอผ่าตัด 2.1 พุดทักทายผู้ป่วย กล่าวถึงการเฝ้าผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจำได้ และคุ้นเคย 2.2 ตรวจสอบเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค หัตถการที่ทำ ตำแหน่งที่ผ่าตัด จากการสอบถามผู้ป่วย และป้ายชื่อมือ ให้ตรงกับใบ set ผ่าตัด และตามรายงานการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดข้าง 2.3 ตรวจสอบสิ่งที่ต้องนำมากับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยให้ครบถ้วน ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจพิเศษต่างๆ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยา สารน้ำและเวชภัณฑ์ต่างๆ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.4 สอบถามความพร้อมของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหารทางปากอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ 2.5 ตรวจสอบสิ่งที่ไม่ควรติดมากับผู้ป่วย เช่น ของมีค่าต่าง ๆ ฟันปลอม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2.6 ตรวจสอบการลงนามยินยอมผ่าตัด 2.7 ตรวจสอบการจ้องเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดด้านร่างกาย การระบุถูกต้อง ได้รับการเตรียมด้านร่างกายครบถ้วน เช่น โกนผมที่ศีรษะ งดน้ำ งดอาหารประมาณ 8+ ชั่วโมง คาสายสวนปัสสาวะ ให้ 0.9 % NSS 1,000 ml ⑤ drip มีการเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัด จอ PRC 6 unit และ FFP 500 ml เตรียมยา และสารน้ำสำหรับใช้กับผู้ป่วยในห้องผ่าตัดครบถ้วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีภาวะซีดเล็กน้อย EKG 12 lead มี sinus tachycardia, LAD, ICRBBB ได้รับการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมแล้ว พิจารณาว่าสามารถผ่าตัดได้ ด้านจิตใจผู้ป่วยบอกว่ามีความวิตกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ได้รับการส่งเข้าผ่าตัดตามวันเวลาที่แพทย์กำหนด
ระยะผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดชนิด ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ข้อมูลสนับสนุน 1. ห้องผ่าตัดมีผู้ป่วยที่รอการทำผ่าตัดหลายคนในช่วงเวลาเดียวกัน โดยมีตำแหน่ง ชนิดการผ่าตัดที่แตกต่างกัน 2. ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร พูดไม่ชัด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดชนิด ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	1. แรกรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย โดยยืนยันชื่อ สกุล อายุกับเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ป้ายข้อมือผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด (Mark site) 2. ในห้องผ่าตัดก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทำ sign in ร่วมกับทีมวิสัญญี ยืนยันความถูกต้องชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ตรวจสอบและยืนยันความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด 3. ก่อนลงมือทำ time out ร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ ทีมวิสัญญี ศัลยแพทย์ เพื่อยืนยันความถูกต้อง การเข้าผ่าตัดถูกต้อง ชื่อ -นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด 4. ก่อนสิ้นสุดการผ่าตัดทำ sign out ร่วมกับทีมผ่าตัด เพื่อยืนยันความถูกต้องของชนิดการผ่าตัด สิ่งส่งตรวจ ยืนยันความครบถ้วนของเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัด ผ้าซับโลหิตของมีคม ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกชนิด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในโพรงสมองเนื่องจากเส้นเลือดในสมองได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดและความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ส่วนท้ายทอยเพื่อเอาเนื้องอกบริเวณเส้นประสาทหูออก โดยบริเวณดังกล่าวมีเส้นเลือดขนาดเล็กหลายเส้น ซึ่งเมื่อเกิดการฉีกขาดอาจมีเลือดไหลเข้าไปในโพรงสมองได้ 2. ระหว่างทำผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูง BP = 186/104 mmHg ทำให้เส้นเลือดในโพรงสมองแตก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายจากการมีเลือดออกในโพรงสมอง	1. ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 2. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลดูแลให้ยาและสารน้ำ ดังนี้ 2.1 Labetalol 5 mg ⑤ x 3 dose สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ การเต้นของหัวใจช้าหรือเร็ว เพื่อควบคุมระดับ ความดันโลหิต < 140/90 mmHg 2.2 Keppa 1,000 mg ⑤ drip, Dilantin 100 mg ⑤ เพื่อป้องกันการชักซึ่งจะส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2.3 Transamine 1 gm ⑤ เพื่อยับยั้งการสลายตัวของไฟบริน ส่งผลให้เลือดที่ออกหยุด 2.4 Dexamethasone 100 mg ⑤ เพื่อลดการอักเสบการบวมของเนื้อสมองจากการได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด 2.5 20% Mannitol 300 ml ⑤ drip เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ติดตามผลข้างเคียง ได้แก่การเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 3. เตรียมและส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ให้ศัลยแพทย์ใช้ในการหยุดเลือดที่ออก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. เตรียมและส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ให้ศัลยแพทย์ใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกโพรงสมอง (External ventricular drainage; EVD) บริเวณ right frontal horn ventricle 5. ดูแลให้ EVD ให้เป็นระบบปิด ตรวจสอบข้อต่อต่างๆ ให้แน่น วางชุดสาย ถุง EVD ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง สังเกตและบันทึกลักษณะ content ที่ออกจาก EVD รักษาความปราศจากเชื้อของสาย EVD ตลอดการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล หลังได้รับยา Labetalol $\odot$ BP ลดลงอยู่ในช่วง 140/100 mmHg, PR = 70 beat/min หลังผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว แขน ขาข้างขวาขยับได้ในแนวราบ แขน ขาแขนซ้ายไม่เคลื่อนไหว ไม่มีอาเจียน หายใจเองได้สม่ำเสมอแต่ไม่เพียงพอ ใส่ ET Tube with ventilator
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ส่วนลึก ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Park bench Position) 2. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด	1. ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีตลอดการผ่าตัด 2. ใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะ (Intermittent pneumatic compression) ที่ขาทั้ง 2 ข้าง และดูแลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (DVT) หากผิดปกติรายงานแพทย์ทันที และส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม ดังนี้ 3.1 อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (DVT) ได้แก่ กระดกข้อเท้าแล้วปวด หรือกดเจ็บ ขาบวมหรือสีคล้ำ
(Pulmonary embolism, PE) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (Deep vein thrombosis; DVT)	ก่วักปกติ มองเห็นหลอดเลือดดำที่ผิวหนังชัดเจน 3.2 อาการและอาการแสดงของภาวะ PE ได้แก่ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ฟังปอดอาจได้ยินเสียงวี๊ด อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด กระสับกระส่าย สีผิวเขียวคล้ำ ระดับความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น ประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว สัญญาณชีพ BP= 140/60 mmHg, PR = 78 beat/min, O_2 sat = 100 % ยังไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ on ET Tube with ventilator ไว้ ขาข้างใดข้างหนึ่งไม่บวมหรือมีสีคล้ำ ไม่มีหลอดเลือดเป็นลิ่มแข็ง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี General Anesthesia และไม่รู้สึกรู้ตัวเป็นเวลานานประมาณ 9 ชั่วโมง 45 นาที 2. ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Park bench Position) ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด	1. ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วย รูปร่าง และขนาดของผู้ป่วย เพื่อเตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำให้เหมาะสมและเพียงพอ 2. ตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์ในการจัดทำให้พร้อมใช้งานก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อความปลอดภัย 3. ดูแลป้ายตาผู้ป่วยด้วย chloramphenicol eye ointment คลุมกระจกตา เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่กระจกตา ปิดทับด้วยก๊อส เพื่อป้องกัน corneal abrasion และน้ำยาฆ่าเชื้อเข้าตา 4. ทีมผ่าตัดร่วมกันจัดทำผู้ป่วยผ่าตัดอย่างน้อย 4 - 5 คน ด้วยความนุ่มนวลและระมัดระวัง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย 5. วาง reston jelly แห้งไว้ใต้รักแร้ของผู้ป่วย และยึดให้แน่น หมอนรองบริเวณข้อศอกใต้ข้อเข่าและข้อเท้า ที่อยู่ด้านล่าง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6. ใส่อุปกรณ์พยุงแขน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท ulnar อุปกรณ์พยุงตัวผู้ป่วยบริเวณหน้าอก สะโพกกัน และหลัง ตามลำดับ เพื่อป้องกันผู้ป่วยลื่นไถลและพลัดตกเตียง 7. ดูแลช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการยึดตรึงหมุด (Skull pin) ที่ศีรษะผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่สามารถเข้าถึงพยาธิสภาพของโรคได้ง่าย ตรวจสอบการลื่นของข้อต่อต่างๆให้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	แน่นครบถ้วน เพื่อป้องกันอันตรายจากการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์และศีรษะผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด 8. ใช้หมอนใบเล็กรองบริเวณใต้ข้อเข่าและข้อเท้า เพื่อไม่ให้กดทับเตียงผ่าตัด ลดการกดทับ เส้นประสาท common perineal และหมอนรองขา 2 ใบ สอดระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อลดการกดทับไปที่ขาด้านล่าง 9. ตรวจสอบ ประเมินสภาพผิวหนัง ปุ่มกระดูก บริเวณที่ถูกกดทับ บริเวณที่ใส่หมุดยึด ศีรษะระหว่างการผ่าตัดเป็นระยะๆ และเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ผิวหนัง ปุ่มกระดูกต่างๆ บริเวณที่ถูกกดทับไม่มีรอยแดง หรือแผล ไม่มีการฉีกขาดของหนังศีรษะจากหมุดยึดศีรษะ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกใช้เวลานาน สูญเสียเลือด และอุณหภูมิในห้องผ่าตัดเย็น ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกวิธีดมยาสลบ และทำผ่าตัดนาน 9 ชั่วโมง 45 นาที เสียเลือด 100 ml และ อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 20 °C วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	1. ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Bair Hugger) 2. อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำก่อนให้ผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด 3. ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 22.0 - 24.0 °C 4. สังเกตและประเมินอุณหภูมิภายใน (Core temperature) ตลอดการผ่าตัด และลงบันทึกทุก 10 นาที 5. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ หนาวสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะเลือดแข็งตัวยาก 6. เปิดเตาทำความร้อนในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดให้น้อยที่สุด ประเมินผลการพยาบาล ตลอดการผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.2 – 36.8 °C ไม่มีภาวะ หัวใจเต้นผิดปกติ EKG show normal sinus rhythm และไม่มีการหนาวสั่น (Shivering)
ระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว GCS = 2T (E₁V₁M₁) ไม่สามารถหายใจเองได้อย่างเพียงพอ spontaneous tidal volume =100 ml on ET Tube with ventilator แผลผ่าตัด on Jackson drain 1 สาย และ on EVD วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด	1. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลตรวจสอบท่อช่วยหายใจ ท่อระบาย Jackson drain, EVD, NG tube, Foley's cath, IV Fluid และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ยึดตรึงแน่น ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดมายังเปลนอน 2. ตรวจสอบแผลผ่าตัด ดูแลทำความสะอาดก่อนเคลื่อนย้าย 3. ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย 4. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประเมินผลการพยาบาล สภาพผู้ป่วยและอาการระหว่างการเคลื่อนย้ายไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม BP อยู่ในช่วง 140/80 – 170/86 mmHg, PR = 70 beat/min, RR = 16 beat/min (Ambu bag) O₂ sat = 98 - 99% สายและท่ออุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่ติดตัวผู้ป่วยไม่เลื่อนหลุด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อในร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากระดับความรู้สึกลดลง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธี General Anesthesia with ET tube ในระยะผ่าตัด หลังผ่าตัดเสร็จไม่ได้รับยาฟื้นจากยาสลบ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว GCS = 2T (E₁V₁M₁) แขน ขาทั้ง 2 ข้างไม่เคลื่อนไหว ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ	1. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว 2. สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง O₂ sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที 3. ดูแลให้ on ventilator setting P-CMV mode, IP 15 cmH₂O, F_{O2} 0.4, RR 16 beat/min, PEEP 5 cmH₂O ตามแผนการรักษา 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง หากมีเสมหะประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อดูดเสมหะ
Spontaneous tidal volume 100 ml on ET Tube with ventilator	ประเมินผลการพยาบาล จากการเยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้ตัว เรียก ลืมตามอง ทำตามคำสั่งได้ GCS = 9T (E₃V₁M₆) หายใจได้เองดีขึ้น วัด Spontaneous tidal volume ได้ 150 - 200 ml on ET Tube with ventilator setting เดิม หายใจสัมพันธ์กับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	เครื่องช่วยหายใจ O ₂ sat 98 - 100% ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่ซีด เสมหะมีฟอง สีขาวป่น ไม่เหนียว ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาท ในทางที่ทรุดลงเนื่องจากมีเลือดออกในสมองสมองบวมและมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้าย ทอย เพื่อนำเนื้ออกเส้นประสาทหูด และก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ จึงเกิดการบาดเจ็บของเนื้อสมองบริเวณกว้าง รวมทั้งเส้นเลือด ทำให้เกิดการฉีกขาด มีเลือดออกในสมอง การเกิดการอักเสบและสมองบวม 2. คะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS = 8T (E ₂ V ₁ M ₆) แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 มีอาการชัก กระตุกบริเวณใบหน้าและแขน ข้างขวา 3. ICP สูงกว่าค่าปกติ = 23 mmHg 4. ผล CT brain ช้ำ พบ intracerebral hemorrhage with perilesional edema at right frontal lobe วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอาการทางระบบประสาททรุดลงมากขึ้น	1. ติดตามสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท สังเกตระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของแขนขา รวมทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา 2. สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (intracranial pressure, ICP) อาการแสดงระยะแรก ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ตามัว ชัก อาการระยะหลัง ได้แก่ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ซีพจรช้าลง (Cushing's reflex) กระวนกระวาย ซึมลงหรือหมดสติ หายใจไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดหายใจ ม่านตาขยาย แขนขาอเกร็ง/เหยียดเกร็งแบบผิดปกติ หากพบความผิดปกติแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้รายงานแพทย์ทันที 3. ประเมินค่าความดันโลหิตจากมอนิเตอร์ ไม่ควรเกิน 20 เปอร์เซนต์ ของค่าปกติ คือ SBP (Systolic blood pressure) $\leq$ 140 mmHg 4. จัดท่านอน ให้นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อเพิ่มการไหลกลับของหลอดเลือดดำ จากศีรษะเข้าสู่หัวใจได้ดี ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยพับ เอียงศีรษะมากเกินไป เพื่อป้องกันการอุดกั้นการไหลกลับของเลือดดำบริเวณคอ 5. ดูแลให้ on ventilator setting P-CMV mode, IP 15 cmH ₂ O, F _{O₂} 0.4, RR 16 beat/min, PEEP 5 cmH ₂ O ตามแผนการรักษา เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 6. ดูแลให้ได้รับยา Nifedipine 1:5 ⑤ drip keep SBP $\leq$ 140 mmHg, Dilantin 1,000 mg ⑤ drip x 1 dose และ Dilantin 100 mg ⑤ drip q 8 hr, Keppra 750 mg ⑤ drip q 12 hr 7. ดูแลให้ได้รับ Glycerol 500 ml ⑤ drip x 3 วัน 8. ติดตามผล CT brain และค่า ICP ประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เรียกลืมตา GCS = 9T (E ₃ V ₁ M ₆) แขน ขาข้างซ้ายเคลื่อนไหวได้แนวราบ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 2 แขน ขาข้างขวาเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 ไม่มีอาการชัก กล้ามเนื้อกระตุก BP อยู่ในช่วง 136/86 - 148/95 mmHg, PR = 76 - 80 beat/min, RR = 16 beat/min (ventilator) O ₂ sat = 98 - 99% ICP ปกติ = 6 - 7 mmHg

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้หลังทำผ่าตัด Left suboccipital craniotomy with tumor removal ขณะผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีเลือดออกในโพรงสมอง หลังผ่าตัดมีอาการทางระบบประสาททรุดลงจากเดิม โดยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง ซึ่งในการผ่าตัด suboccipital craniotomy with tumor removal ครั้งนี้ ตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดได้มีการคาดการณ์ปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะผ่าตัด ได้แก่ Cerebrospinal fluid leak, Intracranial hemorrhage, Brain edema, Hydrocephalus อัน

จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังผ่าตัดตามมา^{7,8} โดยให้การดูแล สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา ตามความต้องการของแพทย์ แต่อาจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้หลังผ่าตัดอาการผู้ป่วยทรุดลง เช่น ก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ ตำแหน่งของก้อนเนื้ออกอยู่ใกล้โครงสร้างสมองส่วนสำคัญ ได้แก่ cerebella, mid brain, pons, ventricle รวมทั้งอยู่ใกล้เส้นประสาทสมองหลายเส้น ทำให้การผ่าตัดทำได้ยาก แพทย์ต้องเลาะก้อนเนื้ออกที่เส้นประสาทสมองที่ 8 ที่เป็นต้นเหตุก้อนเนื้ออกที่

ขยายไปอยู่บนเส้นประสาทสมองที่ 7 และก้อนเนื้อ
งอกที่ไปกดเบียดเส้นประสาทสมองที่ 9 และ 10 ทำให้
เนื้อสมองและเส้นเลือดได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด
และเกิดเลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวมเป็นบริเวณ
กว้าง ทำให้ระดับความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น
นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีระดับความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน
จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เส้นเลือดขนาดเล็กในสมอง
แตก และมีเลือดออกไหลลงสู่ ventricle ได้

ข้อเสนอแนะ

1. แพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูล
เกี่ยวกับความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาส

เกิดขึ้นจากการผ่าตัด และหลังผ่าตัดเปิดกะโหลก
ศีรษะส่วนท้ายทอยเพื่อนำเนื้องอกออกจาก
เส้นประสาทหู และควรตรวจสอบความเข้าใจภายหลัง
การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วย
และญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการ
รักษา และมีความเข้าใจเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

2. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย
เพื่อนำเนื้องอกออกจากเส้นประสาทหู ควรมีเครื่อง
ติดตามการทำงานของระบบประสาทขณะผ่าตัด เพื่อ
ตรวจประเมินความผิดปกติและรักษาประสิทธิภาพ
ของระบบประสาทสั่งการขณะผ่าตัดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. แพรวพิชชา ลาภสมสิทธิ์, จิตภา วังระรัตน์, ปฎิมากร ทิพวรรณ, อีรวัดน์ พิพัฒน์กุลชัย และณภัทร วัชรอาภา. Vestibular schwannoma [อินเทอร์เน็ต]. 2564 สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก:<https://www.med.tu.ac.th/departement/surgery/wp-content/uploads/sites/3/2022/04/Vestibular-schwannoma-Ver-edit.pdf>
2. วชิราภรณ์ แก้วมัตย์. คู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยในระยะผ่าตัด. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก:<https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/776/>
3. Greene J., Al-Dhahir MA. Acoustic Neuroma. [Internet]. 2023 [cited 2024 April 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470177/>
4. Ahmed S. Acoustic Neuroma (Vestibular Schwannoma) [Internet]. 2220 [cited 2024 April 13]. Available from: <https://geekymedics.com/acoustic-neuroma-vestibular-schwannoma/>
5. Goshtasbi K., Abouzari M., Moshtaghi O., Maducdoc M., Brandon M., Lehigh BM., ... Djalilian HR. Risk Recall of Complications Associated with Vestibular Schwannoma Treatment. Otolaryngol Head Neck Surg 2019; 161(2): 330 – 335.
6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564, 2565, 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7. William H., Slaterry, Francis S., House KC. Perioperative Morbidity of Acoustic Neuroma Surgery. Otolaryngol & Neurology 2001; 22(6).
8. Carlson, Matthew L. et al. Avoidance and Management of Vascular Complications During Vestibular Schwannoma Surgery [Internet]. 2019 [cited 2024 April 10]. Available from: <https://www.thieme-connect.de/products/ebooks/lookinside/10.1055/b-0039-169199>