

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา
Nursing Care of Traumatic brain Injury Patients Post-Craniectomy: case study.

(Received: August 13,2024 ; Revised: August 20,2024 ; Accepted: August 21,2024)

รุ่งตะวัน แสนยะบุตร¹
Rongtawan Saenyabut¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง แผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ กรณีศึกษา 2 ราย และเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่ามีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่ากรณีรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 15 ปี มีอาการสำคัญ มาด้วยขณะขับมอเตอร์ไซค์ถูกรถกระบะเฉี่ยวชน สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Acute Subdural hemorrhage and Epidural hemorrhage at Left Fronto-Parietal-temporal Lobe with Acute Respiratory failure เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด Left Craniectomy with Remove Clot หลังการรักษาผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการดูแลเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายโดยส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน รวมระยะเวลาในการรักษาทั้งหมด 12 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 62 ปี มีประวัติโรคประจำตัวคือ เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง อาการสำคัญ มาด้วยขับมอเตอร์ไซค์ชนเสา หมดสติ ไม่รู้สีกตัว ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Acute Subdural hemorrhage at Right Fronto-Parietal-temporal Lobe เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด Craniectomy with Remove Clot หลังการรักษาผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการดูแลเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต มีอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์ได้จำหน่าย กลับบ้านและนัดมาตรวจตามนัดอีก 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการรักษาทั้งหมด 7 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ABSTRACT

This study was case study aimed at comparing the history of illness, symptoms and clinical signs, treatment plans, complications, and nursing care of patients with traumatic brain injuries underwent craniectomy. The study includes two cases and proposes nursing guidelines for patients with traumatic brain injuries underwent craniectomy at Kalasin Hospital. The sample was selected specifically from patients diagnosed with traumatic brain injuries by doctors and treated in the surgical intensive care unit at Kalasin Hospital.

The results showed that in Case 1, a 15-year-old Thai female presented with a significant condition after being struck by a pickup truck while riding a motorcycle. She was unconscious and could not recall the incident. She was diagnosed with acute subdural hemorrhage and epidural hemorrhage at the left fronto-parietal-temporal lobe with acute respiratory failure. She underwent left craniectomy with with clot removal. After the critical phase was managed, she received close monitoring for complications in the intensive care unit. Her condition gradually improved, and she was discharged to continue treatment at a nearby community hospital, with a total treatment duration of 12 days. In Case 2, a 62-year-old female with a history of type 2 diabetes and hypertension presented after a motorcycle accident where she hit a pole and lost consciousness. She was diagnosed with acute subdural hemorrhage at the right fronto-parietal-temporal lobe. She underwent craniectomy with clot removal. After managing the critical phase, she received close monitoring for complications in the intensive care unit. Her condition

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

gradually improved, and she was discharged to return home with a follow-up appointment scheduled in one week, with a total treatment duration of 7 days.

Keywords: Nursing care, traumatic brain injury, craniectomy

บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ทำให้เสียชีวิตและทุพพลภาพอย่างถาวร โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากอุบัติเหตุทางจราจร จากการรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 2018 พบประชากรโลกเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรถึง 1.35 ล้านคน และในทุก ๆ 1 ชั่วโมง มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรถึง 155 คน ซึ่งอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บมากที่สุดคือ ศีรษะคิดเป็นร้อยละ 30 และเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 29¹ จากข้อมูลผู้บาดเจ็บสะสมและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบผู้บาดเจ็บสะสมจำนวน 914,879, 883,475, 924,799 และ 1,002,193 รายตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตจำนวน 17,831, 13,485, 14,737 และ 14,050 รายตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC, 2566) รวมทั้งข้อมูลการเข้ารับบริการการรักษาของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2563 - 2566 มีจำนวน 1,722, 2,009, 2,134 และ 2,851 รายตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีจำนวน 90, 113, 119 และ 149 รายตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำนวน มีจำนวนผู้ป่วย 84, 102, 108 และ 138 รายตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดสมอง จำนวน 5, 6, 5 และ 9 รายตามลำดับ² จากข้อมูลที่ผ่านมาพบจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมองจากการมีแรงหรือวัตถุมากระทำต่อศีรษะทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมอง เซลล์ประสาทและหลอดเลือดฝอยภายในสมองฉีกขาดหรือหดตัว ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดภายในสมอง (cerebral blood flow) ลดลง

เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกตัวหรือสับสนในทันที มีความผิดปกติของการรับรู้และหมดสติ³ การบาดเจ็บของสมองในระยะปฐมภูมิจึงส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บสมองในระยะทุติยภูมิตามมาได้ ซึ่งมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะเซลล์เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะช็อก การเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ และภาวะไข้จากการบาดเจ็บ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำภายใน 48 ชั่วโมงแรกในหอผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็นปัจจัยทำนายการเสียชีวิตที่สำคัญที่ทำให้โอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการดังกล่าวประมาณ 8 เท่า พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง⁴

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในสมองในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การให้ยาลดสมองบวมและการผ่าตัดสมองตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อจัดการภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง (intracranial pressure; ICP) ถือเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากหลังการบาดเจ็บปริมาณของเนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะมักจะเพิ่มขึ้นจากเลือดออกสมอง, สมองบวม และน้ำในโพรงสมอง (hydrocephalus) ทำให้เกิดการเคลื่อนที่ของสมองอย่างรุนแรง (herniation) ทำให้ค่า ICP สูงไปกดเบียดสมอง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ (ischemia) มีความพิการหรือเสียชีวิตในที่สุด⁵ ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดสมองหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและเกิดขึ้นได้สูงสุดภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ถ้าค่า ICP สูงมากกว่า 20 mmHg. จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 17 - 47⁶ หากได้รับการรักษาล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและมีความพิการ

หลงเหลือมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาระดับความพิการหลงเหลือ (Disability Rating Scale; DRS) ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงหลังการรักษา 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นร้อยละ 41 และมีความพิการหลงเหลือระดับปานกลางหรือรุนแรงขึ้น (DRS \geq 4 คะแนน) มากกว่าร้อยละ 78.6⁷ ซึ่งความพิการดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย⁸

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองในระยะทุติยภูมิที่อาจเกิดขึ้นตามมาหลังการผ่าตัด การวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ จากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การระบุปัญหาที่ชัดเจน นำปัญหามาวางแผนการพยาบาลที่เร่งด่วนและสำคัญ พร้อมทั้งให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และมีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติ อาการเจ็บป่วย แผนการรักษา การเกิด ภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วย

บาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะกรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทและสมองว่ามีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 2 ราย และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ศึกษาในระหว่างเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม 2567 ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษากรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ผู้ทำการศึกษาได้ทำการขออนุญาตทำการศึกษา ประวัติและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ โดยขอความยินยอมด้วยวาจา และลงลายมือชื่อยินยอมเพื่อนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้ พร้อมทั้งได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ ไม่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและญาติ และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาแล้วข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกทำลาย ไม่เปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย และการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ระยะแรกเริ่ม	1. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง	1. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง	1.1 ประเมินสัญญาณชีพ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วให้อยู่ในระดับ \geq 95% ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะปกติ 1.2 สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก และฟังเสียงลมเข้าปอด ทั้งสองข้าง ถ้าหายใจเร็วมากกว่า 24 ครั้งต่อเวลาที่กระสับกระส่าย เหงื่อออก ริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำรายงานแพทย์ 1.3 จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายได้อย่างเต็มที่

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
			<p>1.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>1.5 ถ้าผู้ป่วยมีไข้ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาและเช็ดตัวลดไข้เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจน</p> <p>1.6 ติดตามผล ABG และรายงานแพทย์</p> <p>การวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีลักษณะการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีลักษณะเหมือนกันคือ Acute Subdural Hemorrhage at Frontotemporal Lobe แตกต่างกันที่รายที่ 1 การเจ็บปวดที่ด้านซ้าย GCS GCS E1VTM1 pupil ด้านขวา 3 mm Normal React to light และด้านซ้าย 5 mm Fixed dilatation Motor Power grade 1 และรายที่ 2 การบาดเจ็บที่ด้านขวา GCS E1VTM5 pupil ด้านขวาและซ้าย ขนาด 3 mm Normal React to light Motor Power grade 5 ซึ่งทั้งสองรายมีโอกาสเกิดภาวะสมองบวมจากการบาดเจ็บส่งผลให้การกำซาบของเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงได้</p> <p>การประเมินผล กรณีศึกษาตอนที่ 1 พบมีอาการหอบเหนื่อยหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง no cyanosis O2 sat=95-100% ตรวจ ABG พบมีปัญหา Respiratory Alkalosis สัญญาณชีพปกติและไม่มีชักเกร็ง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีอาการหอบเหนื่อย no cyanosis O2 sat 100% สัญญาณชีพปกติและไม่มีชักเกร็ง</p>
	2. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	2. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	<p>2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตนเองอธิบายเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด สภาพหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคายสว่นปัสสาวะ การใส่สายระบายของเหลวจากกระเพาะอาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>2.3 เตรียมด้านร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย งดน้ำงดอาหารทุกชนิด โภชนาการ และใส่สายสวนปัสสาวะ</p> <p>2.4 เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การจ้องเลือดและส่วนประกอบของเลือด</p> <p>2.5 เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ได้แก่ ใบยินยอมการผ่าตัด ฟิล์มเอกซเรย์ ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา เช็คป้ายข้อมือ การบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท และประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี</p> <p>2.6 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>การวิเคราะห์ กรณีศึกษาทั้งสองรายญาติผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลค่อนข้างสูง สอบถามอาการและแผนการรักษาบ่อยครั้ง เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างสูง</p> <p>การประเมินผล ญาติมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการเซ็นยินยอมทำการผ่าตัด ญาติบอกว่าคลายความกลัวและวิตกกังวลลดลงเข้าใจแนวทางการรักษาและยอมรับสภาพอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด</p>
ระยะหลังผ่าตัด	3. เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด	3. มีภาวะช็อคเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง	<p>3.1 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา On PAC mode RR=20, PIP=16, FIO2=0.8, PEEP=5, TI 1.0</p> <p>3.2 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วยจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ (ความถี่ต่างกัน)</p>

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	
			<p>3.3 ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้าออกมากกว่า 100 ml/hr. ให้เจาะ Hct พร้อมรายงานแพทย์</p> <p>3.4 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ BP < 90/60 mmHg., MAP < 65 mmHg., HR > 100 ครั้ง/นาที, Hct <30% หรือลดลงจากเดิม 3%, ผู้ป่วยเหี่ยวออกตัวเย็น, ปัสสาวะออก < 0.5 ml/kg/hr. และ CVP < 8 CmH₂O</p> <p>3.5 ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษา</p> <p>3.6 บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>3.7 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา Transamine 500 mg iv ทุก 6hr.</p> <p>3.8 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา และ Hct ทุก 6 hr. Keep 30 vol%</p> <p>การวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีที่ 1 เสียเลือดระหว่างผ่าตัดสมอง 800 ml. มีอาการหัวใจเต้นเร็ว 130-140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/62 mmHg. และ Hct= 25.5 vol% ซึ่งมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด Class II จึงเสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีไปเลี้ยงส่วนต่างๆในร่างกายลดลง ส่วนรายที่ 2 มีภาวะช็อคจากโลหิตจาง Hct 27.1 vol% Hb=8.8 สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 100 ml</p> <p>การประเมินผล กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ได้รับเลือด PRC 2 unit unit Hct หลังให้เลือด=30 vol% และรายที่ 2 ได้รับเลือด 1 unit Hct หลังให้เลือด=32 vol%</p>
	<p>4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p>	<p>4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p>	<p>4.1 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ (ความถี่ต่างกัน) และประเมินระดับความรู้สึกตัวโดย GCS พร้อมประเมินลักษณะของม่านตา ปฏิกริยาตาต่อแสง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที</p> <p>4.2 ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้าออก ≥ 200 ml/hr. ติดตาม Hct และ CBC พร้อมรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ</p> <p>4.3 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ MAP < 65, mmHg SBP < 140 mmHg. หรือ > 200 mmHg., HR > 100 ครั้ง/นาที, Hct <30% หรือลดลงจากเดิม 3%</p> <p>4.4 สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Early warning sigs) และรายงานแพทย์เมื่อพบ อาการดังต่อไปนี้ 1)ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่งโดยไม่มีอาการคลื่นไส้ 2) systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressure จะต่ำลงเล็กน้อยไม่ได้สัดส่วนกับ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้น 3) อัตราการหายใจเริ่มเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ และ 4) ระดับความรู้สึกตัวลดลง ≥ 2 คะแนน</p> <p>4.5 จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลำคอตรง สะโพกไม่งอมากกว่า 90 องศา</p> <p>4.6 ประเมินความปวด พร้อมบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสุขสบาย และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Mo 3 mg iv pm ทุก 8 hr. หรือ fentanyl 50 mcg iv pm ทุก 4 hr.</p> <p>4.7 ดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบายให้ไหลสะดวกไม่ตึงรั้ง พร้อมทั้งลงบันทึกลักษณะสีและจำนวน กรณีขูดรอบรับไม่เป็นสัญญาณให้รายงานแพทย์</p> <p>4.8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาชกแผนการรักษา ได้แก่ Dilantin 100 mg iv ทุก 8 hr. หรือ Keppra 500 mg. IV ทุก 12 hr.</p> <p>4.9 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ก่อนและหลังดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ รวมทั้งสังเกตและบันทึกค่า O₂ sat ให้ ≥ 95 %</p>

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
			<p>4.10 ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส โดยการประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม. เมื่อมีไข้เช็ดตัวลดไข้และให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษา</p> <p>4.11 ดูแลให้ได้รับยาลดอาการบวมตามแผนการรักษา เช่น Dexamethasone 4 mg IV ทุก 6 hr. และยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา เช่น Nifedipine 20 mg + NSS 80 ml iv drip 5-60 ml/hr. Keep SBP 110 - ≤ 210 mmHg. พร้อมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที</p> <p>4.12 ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้นได้แก่ การออกแรงยกของ การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรงๆ การพลิกตะแคงตัว รวมทั้งการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจ (PEEP) ไม่ควรมากกว่า 5-10 cmH₂O</p> <p>การวิเคราะห์ กรณีศึกษาทั้งสองรายหลังผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดสมองหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีโอกาสเกิดได้สูงสุดภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หากมีค่าความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงมากกว่า 20 mmHg จะพบอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 17-47 (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)</p> <p>การประเมินผล - กรณีศึกษาตอนที่ 1 ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสมองผู้ป่วย GCS E1VTM5 pupil Rt. 3 mm RTL, Lt. 4 mm. Slowly Motor Power ซ้าย grade 5 และขวา grade 3 มีไข้อยู่ในช่วง 38-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/63 มิลลิเมตรปรอท - กรณีศึกษาตอนที่ 2 ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสมองผู้ป่วย GCS E1VTM5 pupil 3 mm RTL BE Motor Power ด้านซ้าย grade 4 และด้านขวา grade 5 ไม่มีไข้อยู่ในช่วง 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 161/92 มิลลิเมตรปรอท</p>
	5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งออกจากสมอง	5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งออกจากสมอง	<p>5.1 ติดตามสัญญาณชีพ Monitor EKG และ O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>5.2 ประเมินผื่นภาวะติดเชื้อโดยประเมิน (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) ถ้าผู้ป่วยจะต้องมีอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ให้รายงานแพทย์ทันที ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38° C หรือน้อยกว่า 36° C 2) อัตราเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO₂ น้อยกว่า 32 mmHg 4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 cell/mm³ หรือน้อยกว่า 4,000 cell/mm³ หรือมีเม็ดเลือดขาวชนิด Band form มากกว่าร้อยละ 10</p> <p>5.3 ประเมินอาการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ได้แก่ สภาพแผล บวม แดง ร้อน แผลมี discharge ซึมมากขึ้นหรือมีกลิ่นเหม็นมากขึ้น และดูแล Jackson drain ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ระวังไม่ให้สายหักพับงอ หรือรั่วซึม</p> <p>5.4 ติดตามผล CBC ตามแผนการรักษา</p> <p>5.5 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) อย่างเคร่งครัด</p> <p>5.6 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังการแพ้ยา</p>

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			<p>การวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ซึ่งเป็นทางเปิดของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากการผ่าตัดใส่สายระบายที่ศีรษะ จึงทำให้เชื้อโรคมียช่องทางแทรกซึมเข้าไปสู่ร่างกายได้ง่ายก่อให้เกิดการติดเชื้อต่าง ๆ ตามมา</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 หลังผ่าตัดสมองใส่สายระบาย Jackson drain ขวด 1 ขวดที่ศีรษะ content ออกสีแฉะจาง ๆ ประมาณ 50-100 ml. แผลไม่มี discharge ซึม และไม่มีบวม แดง ร้อน สัญญาชีพปกติมีไข้สูง = 37.5-38 องศาเซลเซียส Pulse= 108 ครั้ง/นาที่ RR= V22 ครั้ง/นาที่ BP= 110/62 mmHg. MAP= 67 mmHg. ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 หลังผ่าตัดสมองใส่สายระบาย Jackson drain 1 ขวด 1 ขวดที่ศีรษะ content ออกสีแฉะจาง ๆ ประมาณ 50-80 ml. แผลไม่มี discharge ซึม และไม่มีบวม แดง ร้อน สัญญาชีพปกติไม่มีไข้ = 36-37.5 องศาเซลเซียส Pulse= 98 ครั้ง/นาที่ RR= V20 ครั้ง/นาที่ BP= 161/89 mmHg. MAP= 110 mmHg.</p>
<p>ระยะฟื้นฟู วางแผน จำหน่าย</p>	<p>6. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง</p>	<p>6. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง</p>	<p>6.1 ประเมิน Activities of Daily Living (ADL) เพื่อนำมาวางแผนการช่วยเหลือและฟื้นฟูการทำกิจกรรมของผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล</p> <p>6.2 ดูแลให้ผู้ช่วยช่วยเหลือตัวเองมากขึ้นในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เช่น การนั่งพลิกตะแคงตัว หรือขยับแขนขาบนเตียง</p> <p>6.3 ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้</p> <p>6.4 สอนและช่วยญาติผู้ดูแลทำกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและข้อให้ผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้บ้าง เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติด</p> <p>6.5 ใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ควรพยายามพูดซ้ำ ๆ ชัดๆ มีน้ำเสียงที่ปกติ</p> <p>6.6 ในรายที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงส่งปรึกษากายภาพบำบัดทำ Active exercise และ Passive exercise</p> <p>การวิเคราะห์ หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดผู้ป่วยยังมีความพิการหลงเหลือที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูที่บ้านหลังการจำหน่าย กรณีศึกษารายที่ 1 หลังการรักษา GCS E4V2M5 มีแขนขาอ่อนแรงซีกขวา และกรณีศึกษารายที่ 2 หลังการรักษา GCS E4V3M5 มีแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย</p> <p>การประเมิน กรณีศึกษารายที่ 1 ประเมิน ADL= 8 คะแนน ต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมบางส่วน แขนขาอ่อนแรงด้านขวา กรณีศึกษารายที่ 2 ประเมิน ADL= 10 คะแนน ยังแขนขาอ่อนแรงด้านซ้ายต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมบางส่วน ทั้งสองรายได้รับการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนผู้ป่วยและญาติทำ Active Exercise และ Passive Exercise เมื่อกลับบ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นการสื่อสาร</p>
<p>ระยะฟื้นฟู วางแผน จำหน่าย (ต่อ)</p>	<p>7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>7.1 ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลเมื่อกลับบ้าน</p> <p>7.2 ให้คำแนะนำในการเตรียมสถานที่อุปกรณ์ที่เหมาะสม ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน เช่น ห้องน้ำมีราวจับ เตียงนอนสามารถปรับหัวเตียงและมีราวจับยึด พื้นทางเดินไม่ลื่น ไม่มีช่องว่างเกะกะ ห้องนอนควรอยู่ชั้นล่าง มีอุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น</p> <p>7.3 การเตรียมหาผู้ดูแล อาจเป็นญาติหรือเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ</p> <p>7.4 สอนการทำกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและข้อให้ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้บ้าง เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติด</p> <p>7.5 แนะนำการดูแลในเรื่องอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ควรจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ งดอาหารไขมันสูง อาหารเค็มจัด หวานจัด ให้เหมาะกับโรคประจำตัวของ</p>

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การดูแล	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
			<p>ผู้ป่วย หากมีปัญหากลิ่นลำบากควรเตรียมอาหารขึ้นเล็ก ๆ อาหารนิ่มๆ อาหารเหลว เช่น โจ๊ก ผลไม้สุก นม เป็นต้น</p> <p>7.6 แนะนำการดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>7.7 แนะนำและสอนวิธีการทำความสะอาดร่างกาย การดูแลความสะอาดเมื่อขับถ่าย และการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน</p> <p>7.8 แนะนำใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ควรพยายามพูดซ้ำ ๆ ชัดๆ หรือหาวิธีสื่อสารอื่นๆ เช่น ชี้อักษรภาพ ให้เขียนหากเขียนได้</p> <p>7.9 แนะนำการดูแลการรับประทานยา ด้วยการเตรียมยาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง</p> <p>7.10 แจ้งการมาพบแพทย์ตามนัด หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ปัสสาวะขุ่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น หรือซึมลง ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด</p>
<p>ระยะฟื้นฟู วางแผน จำหน่าย จำหน่าย (ต่อ)</p>	<p>7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>7.11 พุดคุยให้ทราบถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ครอบครัวจะต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ไม่แสดงความรู้สึกรังเกียจ เคร่งเครียดต่อหน้าผู้ป่วย พยายามปรับอารมณ์ของตนเอง ยอมรับสภาพที่ผู้ป่วยเป็น ให้กำลังใจผู้ป่วย จะช่วยให้การฟื้นฟูมีประสิทธิผล</p> <p>การวิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลได้อย่างถูกต้อง</p> <p>การประเมินผล</p> <p>กรณีศึกษาทั้งสองรายยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และมีแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและบอกความต้องการของตนเองได้ จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลในการกระตุ้นการสื่อสารและทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่บ้าน และโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน</p>
สรุปการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล			
การดูแล	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
ระยะแรกรับ	<p>1. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง</p> <p>2. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด</p>	<p>1. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง</p> <p>2. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด</p>	
ระยะหลังการผ่าตัด	<p>3. เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด</p> <p>4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p>5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งออกจากสมอง</p>	<p>3. มีภาวะช็อคเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง</p> <p>4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p>5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งออกจากสมอง</p>	
ระยะฟื้นฟูวางแผนจำหน่าย	<p>6. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง</p> <p>7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>6. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง</p> <p>7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน</p>	

สรุปและอภิปรายผล

จากการกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุจราจรเหมือนกัน รักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดที่กดเบียดสมองออกเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันด้านพยาธิกำเนิดตำแหน่งของเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับบาดเจ็บและมีเลือดออก และการดำเนินโรคที่ต่างกันจากปัจจัยด้าน อายุ โรคประจำตัว ขนาดและความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะทำการรักษา และการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายพบว่า การให้การพยาบาลในผู้ป่วยการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะการบาดเจ็บปฐมภูมิ และทุติยภูมิมีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บในระยะปฐมภูมิ ซึ่งจะมุ่งเน้นให้การดูแลในการป้องกันและลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บที่จะทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดในสมองบกพร่องจากความดันเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง และสมองขาดเลือดที่จะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิในระยะต่อไปได้ และการพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิ การดูแลรักษาที่มุ่งเน้นไปที่การดูแลระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด การป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ การจัดการการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยให้ยาลดสมองบวมและการผ่าตัด รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การมีเลือดออกซ้ำ สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง และการติดเชื้อ ซึ่งมีเป้าหมายไม่ให้อาการได้รับการดูแลเสียหายเพิ่มขึ้น มีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุด และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁶

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในทุกๆระยะ มีการวางแผนการพยาบาลได้ตรงกับอาการเจ็บป่วยในแต่ละรายได้อย่างถูกต้องให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล และให้การพยาบาล

ครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ จากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การระบุปัญหาที่ชัดเจนสามารถนำปัญหามาวางแผนการพยาบาลที่เร่งด่วนและสำคัญได้ พร้อมทั้งให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และมีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป^{3,4}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้เป็นมาตรฐานการดูแลรักษาโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบ
2. ควรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยและผนวกเข้าโปรแกรมการ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
3. ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาในหน่วยงานเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพให้มีความตระหนักในการเฝ้าระวังในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
4. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล แนวทางการพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพปราศจากความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือ ชี้แนะ สอนสาธิตและให้คำปรึกษา สามารถแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Global status report on road safety 2018. ค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2567, จาก <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf?ua=1>
2. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC. (2566). สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิตสะสมประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563-2566. <https://www.thairsc.com/>
3. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. บริษัทพรอสเพอริตีส์ จำกัด.
4. รุ่งนภา เขียวชะอำ และชดช้อย วัฒนะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์กรวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(1), 129-139
5. Hawryluk, G. W. J., Rubiano, A. M., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Bratton, S. L., Chesnut, R. M., Kisoorn, N., Shutter, L., Tasker, R. C., Vavilala, M. S., Wilberger, J., Wright, D. W., Lumba-Brown, A., & Ghajar, J. (2020). Guidelines for the management of severe traumatic brain injury: 2020 update of the decompressive craniectomy recommendations. *Neurosurgery*, 87(3), 427-434.
6. ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล, 33(2), 15-28
7. McCrea, M. A., Giacino, J. T., & Barber, J. (2021). Functional outcomes over the first year after moderate to severe traumatic brain injury in the prospective, longitudinal TRACK-TBI study. *JAMA Neurology*, 78(8), 982-992.
8. ปราณิ นิพัทธ์กุลสลกิจ, ภินวนันท์ นิมิตรพันธ์ และประณีต ส่งวัฒนา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(1), 135-152.