

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคน้ำคั่งในโพรงสมองชนิดความดันปกติ Nurse's Role in Caring of Elderly with Normal Pressure Hydrocephalus

จันทนา ฌหทัยโกคิน¹ วัลทณี นาคศรีสังข์¹ สติรกานต์ ทัวจบ¹ และบุญตา สุขวดี¹

Janthana Nahathaiphokin¹, Wantanee Naksrisang¹, Sathirakan Thuajop¹ and Boonta Sukhawadee¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

¹Boromarajonani College of Nursing Chakriraj

Received: June 30, 2022

Revised: August 25, 2022

Accepted: August 31, 2022

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองชนิดความดันปกติในผู้สูงอายุ เกิดจากการดูดซึมของน้ำหล่อเลี้ยงสมองผิดปกติ ส่งผลให้โพรงสมองเกิดภาวะน้ำคั่งและโตที่ผิดปกติ ผู้สูงอายุมักมีอาการทรงตัวลำบาก เดินก้าวสั้นและช้า เดินไม่ยกเท้า เดินขาแยก ความทรงจำแย่ลง และกลืนปัสสาวะไม่ได้ หากเข้ารับการรักษาช้า จะส่งผลให้เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเป็นอันตรายกับสมอง ทำให้เกิดความพิการทางสติปัญญาและเกิดภาวะสมองพิการ การวินิจฉัยโรคนี้ได้จากข้อมูลการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การรักษาของผู้ป่วย คือ การใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องท้อง ดังนั้นเพื่อช่วยทำให้การผ่าตัดรักษาโรคนี้มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย โดยมีแผนการดูแลทั้งหมด 4 ระยะ ดังนี้ (1) ระยะก่อนผ่าตัด (2) ระยะหลังผ่าตัด (3) ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด (4) ระยะเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เป้าหมายสำคัญของการดูแล คือการป้องกันไม่ให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงและเนื้อสมองถูกทำลายมากขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาล ควรมีการประเมินและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ตลอดจนให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดการใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องท้อง ฟื้นหายได้เร็ว และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล ภาวะโรคน้ำคั่งในโพรงสมองชนิดความดันปกติ ผู้สูงอายุ

Abstract

Normal-pressure hydrocephalus--NPH in the elderly is caused by abnormal absorption of cerebrospinal fluid. As a result, the ventricles of the brain become enlarged. Elderly people often have difficulty with balance, walking with short and slow strides, walking without raising their feet, walking with separate legs, worsening memory, and urinary incontinence. If a patient's treatment is delayed, resulting in increased intracranial pressure, this is dangerous to the brain, causing intellectual disability and cognitive impairment. This disease is diagnosed using historical data and a physical examination. The patient's treatment is a ventriculo-peritoneal shunt. In order to help make this surgery effective, nurses must have a clear role in caring for patients. The care plan is divided into four stages, which are as follows: (1) the preoperative stage; (2) the postoperative stage; (3) the postoperative recovery period; and (4) being discharged from the hospital. The target goal of care is to prevent increased intracranial pressure and more brain tissue damage. Therefore, the role of the nurse should include an appropriate assessment and planning of nursing care as well as giving advice to caregivers in order to reduce their anxiety and help patients who have undergone surgery with a ventriculo-peritoneal shunt recover quickly and be able to live a normal life.

Keywords: nurse's role, Normal Pressure Hydrocephalus, elderly



บทนำ

ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองชนิดความดันปกติ (Normal Pressure Hydrocephalus--NPH) คือ ภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทในการดูดซึมของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง (Cerebrospinal Fluid--CSF) กลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนหลอดเลือดดำ (venous system) ทำให้โพรงสมองโตขึ้น (cerebral ventricle) ก่อให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (increase intracranial pressure) (Nassar & Linspired pressurepa, 2016)

พยาธิสรีรวิทยาของน้ำในสมองและไขสันหลัง ที่เกิดขึ้นจากการภาวะคั่งน้ำในโพรงสมอง มีดังนี้ (Brinker, Stopa, Morrison & Klinge, 2014)

น้ำหล่อเลี้ยงสมอง ประมาณร้อยละ 70 สร้างจากคอโรยด์เพลกซ์ (Choroid Plexus) ซึ่งอยู่ในโพรงสมอง ผนังโพรงสมอง (ependyma) และเนื้อสมอง (brain parenchyma)

น้ำหล่อเลี้ยงสมอง จะอยู่ในโพรงสมอง ส่วนที่เหลือจะอยู่ที่ผิวสมอง และช่องไขสันหลัง ส่วนประกอบคล้ายพลาสติก การไหลเวียนเริ่มจากการสร้างโดยกรองสารจากเลือดที่คอโรยด์เพลกซ์ (Choroid Plexus) ในโพรงสมองโดยไหลผ่านโพรงสมองต่าง ๆ จากโพรงสมองข้าง (lateral ventricles) ไปที่ฟอราเมน ออฟ มอนโร (Foramen of Monro) เข้าไปที่โพรงสมองที่ 3 (third ventricle) และผ่านท่อน้ำสมอง (cerebral aqueduct) เข้าสู่โพรงสมองที่ 4 (fourth ventricle) หลังจากนั้นออกจากโพรงสมองผ่านฟอราเมน ออฟ ลุคกา (Foramen of Lushka) ด้านข้างและฟอราเมน ออฟ มาเจดี (Foramen of Magendie) ด้านบนเข้าสู่โพรงสมองที่ 4 (fourth ventricle) ไปยังช่องใต้เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง (subarachnoid space)

ช่องใต้เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง (subarachnoid space) ที่สมองจะเรียกชื่อตามตำแหน่งที่ห่อหุ้มสมอง ได้แก่ คิสเทอนา แมกนา (Cisterna Magna) เป็นแอ่งบริเวณสมองน้อย (cerebellum) ฐานของสมอง (basal cistern) เป็น

แอ่งบริเวณฐานกะโหลก น้ำหล่อเลี้ยงสมองที่สร้างในโพรงสมอง จะไหลเวียนออกไปยังผิวสมองและช่องไขสันหลังและดูดซึมที่อะแรนอยด์ กรานูเลชัน (Arachnoid Granulation) และไหลเวียนเข้าไปในโพรงเลือดดำ (superior sagittal sinus) และลงไปช่องไขสันหลัง (Brinker et al., 2014) หากเกิดความผิดปกติจะทำให้ความดันในสมอง ระบบไหลเวียนเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง จะทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นอันตราย และอาจเสียชีวิตในที่สุด

อาการแสดงมี ดังนี้

1. การเดินผิดปกติ (gait disturbance) มีลักษณะการสั่นเดินก้าวขาที่สั้นลงและเดินช้าลง ไม่ค่อยยกเท้า เดินขาแยกออกจากกัน เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด (Luke & Sherman, 2017)
2. ระดับสติปัญญาแย่ลง (cognitive impairment) ได้แก่ คิดช้า ตอบสนองช้า ความจำระยะสั้น ความสนใจ และสมาธิแย่ลง ความสามารถในการแก้ปัญหาแย่ลง และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Karal et al., 2017)
3. การกลั้นปัสสาวะผิดปกติ (urinary incontinence) จะมีลักษณะ คือ ปัสสาวะรดและเข้าห้องน้ำไม่ทัน บางรายมีอุจจาระราดร่วมด้วย หรือปัสสาวะรดที่นอนตอนกลางคืน (Ghosh & Lipka, 2014)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัย ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและลักษณะทางคลินิก ดังนี้

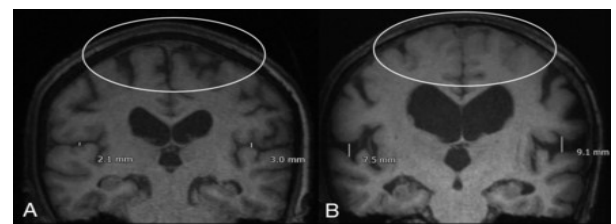
1. จากการซักประวัติ พบว่า ผู้ป่วยมักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลา 3–6 เดือน และมีเริ่มอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ (Ghosh & Lipka, 2014)
2. การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging--MRI) พบขนาดของโพรงน้ำในสมองที่โตขึ้นแบบไม่เป็นสัดส่วนกับช่องว่างระหว่างกลีบสมอง

(Disproportionately Enlarged Subarachnoid-Space Hydrocephalus--DESH) ดังภาพ 1

3. ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยหลับและง่วงตลอดเวลา ได้ตอบพุดคุยช้าลง เสียงแหบ มีทรงตัวลำบาก มีอาการเคลื่อนไหวช้า เดินเซ เดินยกขาไม่ขึ้น เดินไม่ค่อยยกเท้า ขาแยกออกจากกัน การก้าวขาสั้น กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Sivagnanam & Jha, 2012)

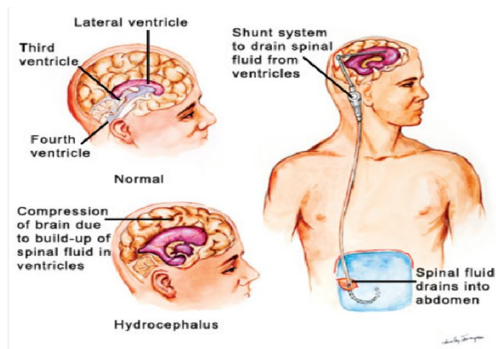
การรักษา

1. คือ การใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมอง จากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อช่องท้อง (Ventriculo-Peritoneal shunt--VP shunt) เพื่อลดแรงดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มสูงขึ้น จากมีน้ำหล่อสมองและไขสันหลังในสมองมากเกินไป (Osama & John, 2017) ดังภาพ 2



ภาพ 1 ภาพเปรียบเทียบ โพรงสมองปกติ (A) โพรงน้ำในสมองที่โตขึ้น แบบไม่เป็นสัดส่วนกับช่องว่างระหว่างกลีบสมอง (DESH) (B)

Note. From Does the presence or absence of DESH Predict Outcomes in adult Hydrocephalus by A. K. Ahmed, M. Luciano, A. Moghekar, J. Shin, N. Aygun, H. I. Sair, D. Rigamonti and A. M. Blitz, 2018, *American Journal of Neuroradiology*, 39(11), pp. 2020-2026. Copyright 2018 by American Society of Neuroradiology



ภาพ 2 การใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมอง
ลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มช่องท้อง

Note. From Surgery in Normal Pressure Hydrocephalus
dont-wait-to-shunt by S. Vucic, 2014, *Neurol
Neurosurg Psychiatry*, 85, pp. 806-810 Copyright
2014 by BMJ

กรณีศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี น้ำหนัก 64 กิโลกรัม
ส่วนสูง 160 เซนติเมตร เชื้อชาติ ไทย
สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา กาญจนบุรี
อาชีพ งานบ้าน
วันที่เข้ารับการรักษา 10 มีนาคม 2564

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัยแรกเริ่ม Normal Pressure
Hydrocephalus--NPH

การผ่าตัด การใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมอง
จากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มช่องท้อง

อาการสำคัญ

พูดได้ตอบช้า เดินเซ ทรงตัวไม่ได้ ก้าวสั้น เดินยก
ขาไม่ขึ้น ปัสสาวะราด ประมาณ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ญาติให้ประวัติว่า 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วย
เดินเซ ทรงตัวไม่ได้ ต้องใช้วอล์กเกอร์ (walker) ช่วยเดิน

รับประทานอาหารได้น้อย ญาติไปตรวจที่โรงพยาบาล
แพทย์ให้ยามารับประทานอาการไม่ทุเลา 5 วันก่อน ผู้ป่วย
เริ่มพูดได้ตอบช้า เดินเซ ทรงตัวไม่ได้ ก้าวสั้น เดินยกขาไม่
ขึ้น ปัสสาวะราด แพทย์นัดให้อนโรงพยาบาล เพื่อสังเกต
อาการ

ประวัติโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง 10 ปี
รับประทานยาสม่ำเสมอ
ไม่เคยขาดยา

ประวัติแพ้ยาหรืออาหาร ปฏิเสธ
ประวัติครอบครัว ปฏิเสธ

การตรวจร่างกาย

ผิวหนัง	สีผิวสองสี ผิวหนังเหี่ยว เย็น ค่อนข้างแห้ง ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ไม่มีรอยโรค ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย
ศีรษะใบหน้าลำคอ ผนัง	มีการกระจายตัวอย่าง สม่ำเสมอ สีผมขาวค่อนข้างหนา หนังศีรษะสะอาดดี ไม่มีรอยโรค
กะโหลกศีรษะ	มีความสมมาตร ไม่มีรอยบวม คลำไม่พบก้อน ไม่มีตำแหน่งกดเจ็บ
ตาสองชั้น หนังตา	ปิดสนิท เยื่อบุตาสีชมพู ไม่มีภาวะซีด การเคลื่อนไหว ไหวของลูกตาทั้งสองข้าง ปกติ ตาพร่ามัว มองเห็น ภาพและอักษรไม่ชัดเจน
หู	ใบหูทั้งสองข้าง สมมาตร ก้นดี หูตึง ได้ยินเสียงไม่ ชัดเจน ต้องพูดเสียงดัง
จมูก	สันจมูกตรง ปีกจมูกเท่ากัน รูจมูก 2 ข้างเท่ากัน
ปาก	ริมฝีปากสีชมพูซีด แห้ง เล็กน้อย

ทรวงอกและทางเดินหายใจ	ทรวงอกสมมาตรกันดี	Hematology	
	ไม่มีก้อนบวม ออกไก่ คลำไม่พบก้อน ลักษณะการหายใจ มีการขยายตัวของทรวงอกเท่ากัน ทั้งสองข้าง หายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที หายใจไม่เหนื่อย หอบ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงชัดเจน เท่ากัน ทั้งสองข้าง ไม่พบเสียงผิดปกติ		
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ทรวงอกด้านซ้ายปกติ ฟังเสียงหัวใจปกติไม่มีเสียงฟู่ (murmur) ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ	Urinalysis	
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี พูดคุยมี อารมณ์ สับสนในบางครั้ง ตอบคำถามช้า เสียงเบา บางครั้งคิดและตอบสนองช้า สามารถบอกชื่อนามสกุลตัวเองได้ แขนขาทั้งสองข้างอ่อนแรงเล็กน้อย	ผลการตรวจ Magnetic Resonance Imaging	

ขนาดของโพรงน้ำในสมองที่โตขึ้น แบบไม่เป็นสัดส่วนกับช่องว่างระหว่างกลีบสมองบริเวณ inferior parts และ enlarge ventricle ร่วมกับ tight high-convexity subarachnoid space (Disproportionately Enlarged Subarachnoid-Space Hydrocephalus--DESH)

แผนการรักษาที่ได้รับ

Pre-medication

- Ceftriaxone 2 กรัม หยดทางหลอดเลือดดำ ก่อนการผ่าตัด การใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมอง จากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง (VP shunt)

- NPO

- เตรียมร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด

Postoperative treatment

- Observe Neurological sign

- Monitor สัญญาณชีพ O₂ Sat

- การประเมินและบันทึก intake output

- Nicardipine (1:5) หยดทางหลอดเลือดดำ keep ความดันโลหิต ≤ 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 12 มีนาคม 2564

Electrolyte

Sodium (Na ⁺)	145 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	4.5 mmol/L	(3.5-5)
Chloride (Cl ⁻)	101 mmol/L	(98-107)
Bicarbonate (HCO ₃ ⁻)	23 mmol/L	(22-29)
Total calcium	9.5 mmol/L	(8.1-10.4)
Phosphorus	4.0 mmol/L	(2.2-5.0)
Magnesium	2.0 mmol/L	(1.9-2.6)
Glucose	98 mmol/L	(74-100)
BUN	14 mmol/L	(7.0-20.0)
Creatinine	1.0 mmol/L	(0.5-1.5)
Cholesterol	201 mmol/L	(100-200)

- Ringer lactate solution 1,000 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
- Morphine 2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ slow push prn. for pain ทุก 3 ชั่วโมง
- Ceftriaxone 1 กรัม หยอดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง
- Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง
- Blood for CBC, Electrolyte BUN. Cr

สภาพทั่วไปของผู้ป่วย

แรกรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4M6V4 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน พูดคุยโต้ตอบเข้าใจ สับสนเล็กน้อย พูดเสียงเบา มีอาการปวดศีรษะนอนหลับตลอดเวลา ไม่สามารถลุกเดินรอบ ๆ เตียง นั่งทรงตัวบนเตียงไม่ได้ แขนทั้งสองมีแรงดี ขาสองข้างอ่อนแรง ผล MRI พบขนาดของโพรงน้ำในสมองที่โตขึ้น แบบไม่เป็นสัดส่วนกับช่องว่างระหว่างกึ่งสมอง บริเวณ inferior parts และ enlarge ventricle ร่วมกับ tight high-convexity subarachnoid space (Disproportionately Enlarged Subarachnoid-Space Hydrocephalus--DESH) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองชนิดความดันปกติ (NPH) จากการสังเกตและพูดคุยกับญาติ มีสีหน้าวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย อธิบายพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา การผ่าตัดการใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมอง จากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง จะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ญาติต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดและการฝึกทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 140/85 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

แผนการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด
2. ระยะหลังผ่าตัด

3. ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด
4. ระยะเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

1. ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

- ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลถามว่า “ผ่าตัดแล้วจะดีขึ้นไหม”
- ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการผ่าตัด/ ผลของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale--HADS=21 คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
- ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น
- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับการรับรู้และภาวะสุขภาพ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตนเองพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ สั้น เข้าใจง่าย โดยใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เต็มใจ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการของผู้ป่วย พร้อมเหตุผลความจำเป็นในการผ่าตัดตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการผ่าตัด วิธีการ

ผ่าตัด รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เพื่อระบาย
น้ำในโพรงสมอง และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง

4. ให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ เพิ่มเติม
เกี่ยวกับวิธีการได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาการผ่าตัด
เพื่อลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยและญาติ

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหา
และข้อสงสัยในขอบเขตที่สามารถตอบได้พร้อมทั้งตอบ
ข้อซักถามด้วยความเต็มใจตามความเหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำผ่าตัด
แต่ยังมีความวิตกกังวลเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม จากระดับ
ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

- จากการประเมินสภาพและตรวจร่างกาย ผู้ป่วย
รู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง มีสับสนเล็กน้อย มองเห็นไม่ชัด หูตึง
Glasgow coma scale E4M6V4 pupil 2 มิลลิเมตร ทำ
ปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน motor power แขนและขาทั้งสอง
ข้างเกรด 4

- มีอาการปวดศีรษะขณะนอนหลับตลอดเวลา ไม่
สามารถลุกเดินรอบ ๆ เตียง นั่งทรงตัวบนเตียงไม่ได้ ขา
สองข้างอ่อนแรง ผล MRI พบขนาดของโพรงน้ำในสมอง
ที่โตขึ้น แบบไม่เป็นสัดส่วนกับช่องว่างระหว่างกลีบสมอง
บริเวณ inferior parts และ enlarge ventricle ร่วม
กับ tight high-convexity subarachnoid space
(Disproportionately Enlarged Subarachnoid-Space
Hydrocephalus--DESH)

- แบบประเมินการพลัดตกหกล้ม (morse score)
มีค่าเท่ากับ 35 คะแนน แปลผลว่า มีความเสี่ยงต่อการลื่น/
ตก/ หกล้ม

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่ตกเตียงและไม่พลัดตกหกล้ม ไม่มีรอย
ฟกช้ำตามร่างกาย

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และดูแล
ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยจัดเตียงนอนให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์
พยาบาล เนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยลดลงและมีอาการ
เดินทรงตัวลำบาก หงสลิ้ม ไม่ควรทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง
หรืออนุญาตให้ญาติเข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในห้อง
พักรอดูอาการก่อนผ่าตัด ยกไม้กั้นเตียงก่อนและหลังให้การ
พยาบาลทุกครั้ง

2. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผน
การพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยการบอกผู้ป่วย
ด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล แต่เสียงดังชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยมี
อาการหูตึง เมื่อจะปฏิบัติการพยาบาล ต้องแจ้งผู้ป่วยและ
ญาติทุกครั้ง ถ้าต้องการความช่วยเหลือให้แจ้งพยาบาลทุก
ครั้ง

3. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง โดย
ไม่ให้แขนและขา ยื่นออกนอกเปลนอน ใช้แผ่นรองช่วยใน
การเลื่อนตัวผู้ป่วยจากเปลนอน

4. ดูแลตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
ปรับเตียงให้เตี้ย และติดตามประเมินผล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่เกิดอุบัติเหตุ
จากการพลัดตกเตียง ไม่มีบาดแผลหรือรอยช้ำตามร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดการ
ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมอง จากโพรงสมองลงสู่ช่อง
ว่างในเยื่อหุ้มสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยอายุ 70 ปี ลุกนั่งทรงตัวไม่ได้ ช่วยเหลือ
ตัวเองไม่ได้ ขาสองข้างอ่อนแรง

- ผู้ป่วยกลืนปัสสาวะไม่ได้ จากพยาธิสภาพของ
ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองชนิดความดันปกติ

- ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบการเตรียมตัวก่อนการ
เข้ารับการผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรง
สมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยและญาติรับทราบการปฏิบัติตนก่อนไปผ่าตัด

- เตรียมร่างกายได้อย่างถูกต้องและเอกสาร ก่อนทำการผ่าตัดครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับการรับรู้ของผู้ป่วยแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยพูดคุยสอบถามอาการ และสอบถามความสุขสบายทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. แนะนำการเตรียมร่างกายก่อนขึ้นห้องผ่าตัด ได้แก่ การทำสะอาดผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด การถอดอุปกรณ์ฟันปลอม ของมีค่าก่อนขึ้นห้องผ่าตัด

3. เช้นใบยินยอมการรักษาและเช้นใบยินยอมผ่าตัด

4. ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนขึ้นห้องผ่าตัด

5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด Ringer lactate solution 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดูแล retained Foley's catheter ก่อนไปห้องผ่าตัด

7. สัญญาณชีพ ก่อนขึ้นห้องผ่าตัด

8. ตรวจสอบเอกสาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจพิเศษให้เรียบร้อยก่อนขึ้นห้องผ่าตัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนไปห้องผ่าตัดได้ถูกต้อง ร่างกายสะอาด เอกสารการยินยอมผ่าตัดเรียบร้อย สัญญาณชีพ แกร็บ อุณหภูมิกาย=37 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/82 มิลลิเมตรปรอท

2. ระยะหลังผ่าตัด

รับกลับจากห้องผ่าตัด โดยเปลนอนหลังทำผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง โดยใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

ทั่วร่างกาย (general anesthesia) ผู้ป่วยค่อนข้างหลับ ไม่ทำตามสั่ง E3VTM5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน On endotracheal tube 7.5 depth 22 เซนติเมตร with Ambu bag เดินทางมาพร้อมพยาบาล มีแผล 2 ตำแหน่ง คือ ที่ศีรษะและที่ท้อง ขนาดประมาณ 5 เซนติเมตร แผลปิดก๊อสไว้ไม่มีเลือดซึม On Ringer lactate solution 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สัญญาณชีพ แกร็บ อุณหภูมิกาย=37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 188/96 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 95 % retained Foley's catheter ไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใสดี จำนวน 300 มิลลิลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure--IICP) ภายหลังการผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง

- ผู้ป่วยค่อนข้างหลับ ไม่ทำตามสั่ง E3VTM5 On endotracheal tube 7.5 depth 22 เซนติเมตร หายใจเองไม่ได้

- สัญญาณชีพ แกร็บ อุณหภูมิกาย =37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 188/96 มิลลิเมตรปรอท

เป้าหมายการพยาบาล

- ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

- Glasgow Coma Score ไม่ลดลง ≤ 2 คะแนน

- สัญญาณชีพแกร็บอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

- Intake-Output balance

กิจกรรมการพยาบาล

1. observe Bleeding บริเวณแผลผ่าตัดที่ศีรษะ และบริเวณท้อง
2. ประเมิน Glasgow Coma Score pupil ทุก 1 ชั่วโมง
3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา
4. Monitor สัญญาณชีพ แกรับ O_2 Sat ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง until stable
5. ดูแล on endotracheal tube with ventilator PCV mode Inspired pressure=16 เซนติเมตรน้ำ RR=16 ครั้ง/นาที PEEP= 5 เซนติเมตรน้ำ Fio_2 =0.4 Flow trigger=2 i-time =1 และปรับตั้ง Alarm ของ ventilator ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ดูแลทำ therapeutic hypothermia keep อุณหภูมิร่างกายที่ 37 องศาเซลเซียส (Madden & DeVon, 2015)
7. ดูแลให้ Nicardipine (1:5) หยดทางหลอดเลือดดำ keep ความดันโลหิต $\leq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท
8. ดูแลให้ Ringer lactate solution 1,000 มิลลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิตร/ชั่วโมง
9. ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหาร และ retained Orogastric tube เพื่อประเมิน content ในกระเพาะอาหาร
10. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง
11. Monitor urine Output ทุก 1 ชั่วโมง keep urine ≥ 30 มิลลิตร/ชั่วโมง และการประเมินและบันทึก Intake-Out put

การประเมินผล

ผู้ป่วยค่อนข้างหลับ ไม่ทำตามสั่ง E3VTM5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน มีแผลผ่าตัดผ่าตัดที่ศีรษะและบริเวณท้องไม่มีเลือดซึม On endotracheal tube 7.5 depth 22 เซนติเมตร with ventilator setting PCV mode Inspired pressure=16 เซนติเมตรน้ำ RR=16 ครั้ง/นาที PEEP= 5 เซนติเมตรน้ำ Fio_2 =0.4 Flow trigger =2 i-time =1 หายใจสัมพันธ์เครื่องดี ไม่เหนื่อย

หอบ สัญญาณชีพ ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/72-130/80 มิลลิเมตรปรอท O_2 Sat $\geq 95\%$ แพทย์ให้ off Nicardipine (1:5) NPO Intake 1,500 มิลลิตร out put 1,300 มิลลิตร เพื่อ observe อาการต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อช่องท้อง ผู้ป่วยค่อนข้างหลับ ไม่ทำตามสั่ง E3VTM5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน on endotracheal tube 7.5 depth 22 เซนติเมตร หายใจเองไม่ได้

- ฟังปอดพบเสียง coarse crepitation และพบน้ำลายในปากจำนวนมาก

เป้าหมายการพยาบาล

- ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวซีด และไม่มีการใช้ accessory muscle เป็นต้น
- ฟังปอดไม่พบ Coarse crepitation หรือเสียงผิดปกติอื่น ๆ
- สัญญาณชีพ ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต $\leq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. Observe ลักษณะการหายใจ ภาวะcyanosis การประเมินเสียงปอด
2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา
3. Monitor สัญญาณชีพ O_2 Sat ทุก 1 ชั่วโมง
4. ตรวจเช็ค endotracheal tube และdepth ทุก 8 ชั่วโมง
5. ตรวจเช็ค Cuff pressure =30 เซนติเมตรน้ำ ทุก 8 ชั่วโมง

6. On endotracheal tube with ventilator setting PCV mode Inspired pressure=16 เซนติเมตรน้ำ RR=16 ครั้ง/นาที PEEP= 5 เซนติเมตรน้ำ Flo2=0.4 Flow trigger=2 i-time=1 และปรับตั้ง Alarm ของ ventilator ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ดูแลเคาะปอด clear air way suction ในปาก และ endotracheal tube PRN.

8. ดูแลสาย Corrugated Tube ไม่ให้หักพับงอ

9. ดูแลเหนี่ยวใน Water tap ทิ้งอย่างสม่ำเสมอ

10. ดูแลเติมน้ำใน Heated Humidifierให้อยู่ที่ 1/3 และปรับค่าอุณหภูมิให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

11. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง

การประเมินผล

ผู้ป่วยค่อนข้างหลับ ไม่ทำตามสั่ง E3VTM5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน แผลผ่าตัดที่ศีรษะและบริเวณท้องไม่มีเลือดซึม on endotracheal tube 7.5 depth 22 เซนติเมตร with ventilator setting PCV mode Inspired pressure=16 เซนติเมตรน้ำ RR=16 ครั้ง/นาที PEEP= 5 เซนติเมตรน้ำ Flo2=0.4 Flow trigger=2 i-time=1 หายใจสัมพันธ์เครื่องดี ไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ=37 องศาเซลเซียส ชีพจร=110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ=18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/82 มิลลิเมตรปรอท $O_2\text{Sat} \geq 95\%$ ไม่พบภาวะ cyanosis ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงลมทุกตำแหน่งชัดเจน เสียงเสมหะลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดที่ศีรษะและบริเวณหน้าท้อง เนื่องจากผิวหนังสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อช่องท้อง มีแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะและหน้าท้อง แผลบริเวณหน้าท้องบวมแดงเล็กน้อย มีซีรัมสีเหลืองใสซึม

เป้าหมายการพยาบาล

- แผลผ่าตัดศีรษะและหน้าท้องแห้งดี ไม่มีปวดบวมแดง ร้อน

- สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะบาดแผล ได้แก่ อาการบวมแดง ร้อน ซีรัม และหนอง

2. ล้างมือก่อนหลังให้การพยาบาล

3. สัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง

4. ดูแล Dry dressing แผลบริเวณศีรษะและบริเวณหน้าท้อง

5. ดูแลให้ Ceftriaxone 1 กรัม หยอดทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

6. ดูแลรักษาความสะอาดบนเตียงและอุปกรณ์รอบ ๆ เตียง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

7. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ไม่ให้แกะเกาแผล และแผลไม่เปียกน้ำ

การประเมินผล

- แผลผ่าตัดบริเวณแผลผ่าตัดที่ศีรษะ และหน้าท้อง แห้งดี ไม่มีซีรัมสีเหลืองใสซึม

- สัญญาณชีพ ของผู้ป่วยปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อช่องท้องมีแผลผ่าตัดที่บริเวณศีรษะและหน้าท้อง

- ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ชีพจร= 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/82 มิลลิเมตรปรอท

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและไม่ปวดแผลผ่าตัด

- ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินคะแนนความปวด (pain score) โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (visual analog scale) ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และสังเกตจากสีหน้า อาการกระสับกระส่าย

2. สังเกตสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 2 มิลลิกรัม โดย dilute 1:10 ทางหลอดเลือดดำ slow push ภายหลังการให้ยาแก้ปวด ประเมินและบันทึกอาการปวดของผู้ป่วยและอาการข้างเคียงของยาได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หายใจช้า หัวใจเต้นช้า และเหงื่อออก

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

5. ดูแลจัดวางท่อระบายไม่ให้ตึงรั้ง แผลผ่าตัด

6. ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อลดอาการปวด

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพ ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-130/70 มิลลิเมตรปรอท

3. ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่ง E4VTM5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน On endotracheal tube 7.5 depth 22 เซนติเมตร อยู่ระหว่างการ Try wean setting Spontaneous mode Pressure support 6 เซนติเมตร น้ำ PEEP 5 เซนติเมตร น้ำ Flow trigger 3 i-time=1 ประเมินผู้ป่วย Spontaneous Tidal Volume--STV=250 มิลลิลิตร Minute Volume= 7 ลิตร/นาที Rapid Shallow Breathing Index--RSBI= 80 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย=

37 องศาเซลเซียส ชีพจร= 100-110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต= 128/82 มิลลิเมตรปรอท $O_2\text{ Sat} \geq 95\%$ ไม่พบ cyanosis ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงลมทุกตำแหน่งชัดเจน เสียงเสมหะลดลง แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะและหน้าท้องแห้งดี on 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตร for Keep Vein Open--KVO retained Orogastric tube for feed Blenderized Diet feed รับประทานได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน retained Foley's catheter urine flow ดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ระหว่างการ try weaning และเตรียม off endotracheal tube

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่ง E4VTM5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน

- On endotracheal tube 7.5 depth 22 เซนติเมตร อยู่ระหว่างการ Try wean setting Spontaneous mode Pressure support 6 เซนติเมตร น้ำ PEEP 5 เซนติเมตร น้ำ Flow trigger 3 i-time =1

- ประเมิน Spontaneous Tidal Volume--STV= 250 มิลลิลิตร Minute Volume= 7 ลิตร/นาที

- Rapid Shallow Breathing Index--RSBI= 80

- ไอแรง ขับเสมหะออกพอได้

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยสามารถหายใจ ขับเสมหะออกได้เอง และไม่เกิดภาวะกล่องเสียงและสายเสียงบวม (laryngeal edema) ภายหลังการ off endotracheal tube ใน 24-48 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา

2. ดูแลฟังปอดทั้งสองข้างของผู้ป่วย

3. ดูแล suction clear air way ให้ผู้ป่วยก่อน off endotracheal tube

4. ประเมิน cuff leak volume และทำ cuff leak test ก่อน off endotracheal tube

5. ดูแลช่วยแพทย์ off endotracheal tube และ on O2 mask with bag 10 ลิตร/นาที

6. หลัง off endotracheal tube ผู้ป่วย Monitor สัญญาณชีพ O₂ Sat ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง until stable

7. ดูแล NPO เพื่อสังเกตอาการหลัง off endotracheal tube

8. ประเมินเสียงพูด เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Post intubation laryngeal edema

9. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่ง E4VTM5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน ประเมิน cuff leak test positive cuff leak volume 120 มิลลิลิตร ผู้ป่วยสามารถ off endotracheal tube ได้ ภายหลังการ off endotracheal tube ผู้ป่วย E4V5M5 สามารถพูดออกเสียงได้เบา ๆ บ่นมึนงง ศีรษะเวียนศีรษะเล็กน้อย on O₂ mask with bag 10 ลิตร/นาทีหายใจได้ดี ไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ O₂ Sat ≥ 95% สามารถ off Orogastric tube ได้ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการสำลักและอาการกลืนลำบาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ สูงกลับซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง

- ผู้ป่วย E4M5V5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน บ่นมึนงง ศีรษะเวียนศีรษะเล็กน้อย

- สัญญาณชีพ ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70-130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20-26 ครั้งต่อนาที

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง และได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาทเมื่อมีอาการแย่งลง

- คะแนน Glasgow Coma Scale ไม่ลดลงเกิน ≥ 2 คะแนน

- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติได้แก่ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20 เปอร์เซ็นต์ของความดันโลหิตเดิม อัตราการหายใจ 12-26 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการสับสน กระสับกระส่ายไม่รับรู้ วัน เวลา สถานที่บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม แขนขาอ่อนแรงแย่งจากเดิมตั้งแต่ อาการตาพร่ามัว อาการพูดลำบาก ถ้าพบว่ามีผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที

2. ประเมิน Glasgow Coma Score, pupil ทุก 1 ชั่วโมง

3. สัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง โดยติดตามระดับความดันโลหิต (Diastolic Blood Pressure--DBP) ให้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท รวมถึงการติดตามภาวะมีไข้โดยการประเมินอุณหภูมิ ร่างกายทุก 4 ชม. ควรควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส

4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดหมุนซ้ายขวาและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยควรทำด้วยความระมัดระวัง ไม่ให้สะโพกงอมากกว่า 90 องศา

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการสอนการไอที่ถูกต้อง

6. เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (dextrostix) เพื่อติดตามระดับน้ำตาล ในเลือด keep 80-180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

7. ดูแลลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอก และช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น ได้แก่การออกแรงยกของ การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอ หรือการจามแรง ๆ

8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

การประเมินผล

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M5V5 pupil pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน ไม่มีอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ชักหรือหมดสติ และการพูดลำบาก

- สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที เสมอ ชีพจร 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต $\leq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย กล้ามเนื้อขา 2 สองข้างลีบ motor power แขนและขาเกรด 3 กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

เป้าหมายการพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

- ปาก ฟัน และร่างกายสะอาด

- ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและฝึกให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การล้างหน้า แปรงฟัน การเช็ดตัว การสวมเสื้อผ้า เพื่อให้ฝึกให้ผู้ป่วยกิจกรรมประจำวันด้วยตัวเอง

2. สอนการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้องกับญาติ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วย

3. ประเมินการกลืนอาหารลำบาก และแนะนำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน เพื่อป้องกันการสำลักขณะรับประทานอาหารได้

4. แนะนำวิธีการฝึกเดินกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พลัด ตก หกล้ม

5. แนะนำการออกกำลังกาย เคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของข้อต่อ และป้องกันการติดของข้อต่อต่าง ๆ

การประเมินผล

- ร่างกายสะอาดดี

- ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองพอได้บนเตียง และอยู่ระหว่างการฝึกเดินและการออกกำลังกายข้อต่อต่าง ๆ

- ญาติรับทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

4. ระยะเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่ง E4V5M5 pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะและหน้าท้อง แผลแห้งดี ไม่มีซีรั่มซึม บ่นปวดแผลเล็กน้อย คะแนนระดับความปวด 2-3 คะแนน ผู้ป่วยสามารถพูดออกเสียงได้ชัดเจน บ่นมีน้ำมูก ศีรษะเวียนศีรษะเล็กน้อย หายใจ room air หายใจได้ดี ไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ stable ดี $O_2 Sat \geq 95\%$ ช่วยเหลือตนเองพอได้บนเตียง ลุกเดินรอบ ๆ เตียง โดยใช้ walker ญาติช่วยพยุงสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการสำลักและอาการกลืนลำบาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

1. ส่งเสริมและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่ง E4VTM5 pupil pupil 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะและหน้าท้องแห้งดี บ่นมีน้ำมูก ศีรษะเวียนศีรษะเล็กน้อย หายใจ room air หายใจได้ดี ลุกเดินรอบ ๆ เตียง โดยใช้ walker ญาติช่วยพยุงสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการสำลักและอาการกลืนลำบาก

- แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ
- ญาติรับทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนญาติเรื่องการทำ Dry dressing แผลบริเวณบาดแผลศีรษะและหน้าท้อง หรือหากญาติไม่สามารถปฏิบัติได้ แนะนำให้พาผู้ป่วยไป dressing แผล ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน
2. แนะนำญาติและผู้ป่วยไม่ควรแกะหรือเกาแผล ผ่าตัด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ หากบาดแผลอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน มีหนอง น้ำเหลืองไหล ให้มาพบแพทย์ทันที
3. แนะนำญาติผู้ป่วยเรื่องการขยับตัว ลูก เรื่องการนั่ง ยืน เดิน เพื่อเฝ้าระวังอุบัติเหตุ
4. แนะนำให้ญาติปรุงอาหารอ่อน ย่อยง่าย และเฝ้าระวังการกลืนและการสำลักขณะรับประทานอาหาร
5. แนะนำให้รับประทานยาให้ครบและตรงเวลา และให้สังเกตอาการข้างเคียงของยาหากมีอาการดังนี้คือ มี ผื่น ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน พุดไม่ชัดจากเดิม ตากระตุก ให้หยุดกินยาและมาพบแพทย์ทันที
6. แนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ซึมลง อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน ให้มีอาการดังกล่าวควรมาพบแพทย์ทันที
7. มาพบแพทย์ตามนัดตามนัดทุกครั้ง

การประเมินผล

- ญาติและผู้ป่วยรับทราบข้อปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

สรุป

โรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephalus) ในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่มักได้รับการวินิจฉัยผิดโรคผิดหรือวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้น คล้ายกับโรคทางสมองอื่น ได้แก่ พาร์กินสัน และอัลไซเมอร์ เป็นต้น (Richard, Edwards & James, 2017) ลักษณะอาการดังกล่าวสร้างความเข้าใจผิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ จึงไม่มารับการรักษา หรือรักษาไม่ตรงกับโรค จึงเป็นสาเหตุคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง

ดังนั้นการซักประวัติ การตรวจร่างกาย จะเป็นตัวช่วยอธิบายถึงความผิดปกติได้อย่างดี รวมถึงการตรวจพิเศษต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการดังกล่าว โดยเฉพาะการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า จะแสดงพยาธิสภาพความผิดปกติโพรงสมองได้อย่างชัดเจน โดยการรักษาในปัจจุบันจะทำการผ่าตัด ใส่สายระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมองจากโพรงสมองลงสู่ช่องว่างในเยื่อหุ้มสมอง เป็นวิธีการรักษาที่นิยมและมีความปลอดภัยมาก (Roth et al., 2013) ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต้องครอบคลุมทุกด้าน ดังนี้ (1) ระยะก่อนผ่าตัด (2) ระยะหลังผ่าตัด (3) ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด (4) ระยะเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนลดลงและสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตได้ตามอัตภาพ



References

- Ahmed, A. K., Luciano, M., Moghekar, A., Shin, J., Aygun, N., Sair H. I., Rigamonti, D., & Blitz, A. M. (2018). Does the Presence or Absence of DESH predict outcomes in adult hydrocephalus. *American Journal of Neuroradiology*, 39(11), 2022-2026. doi: 10.3174/ajnr.A5820.
- Brinker, T., Stopa, E., Morrison, J., & Klinge, P. (2014). A new look at cerebrospinal fluid circulation. *Fluids and Barriers of the CNS*, 11, 10. <https://doi.org/10.1186/2045-8118-11-10>

- Ghosh, S., & Linspired pressurepa, C. (2014). Diagnosis and prognosis in idiopathic normal pressure hydrocephalus. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29(7), 583–589. <https://doi.org/10.1177/1533317514523485>
- Karal, L., Pampal, H. K., Yildirim, F., Dilekoz, G., Emmez, F. P.U., Kocabiyik, M., & Demirel, C. B. (2017). Role of ischemic modified albumin in the early diagnosis of increased intracranial pressure and brain death. *Bratislavske Lekarske Listy*, 118(2), 112–117. https://doi.org/10.4149/BLL_2017_023
- Luke, M., & Sherman, C. S. (2017). Clinical evaluation of adult hydrocephalus. In H. Richard Winn, (Ed.). *Youmans & Winn neurological surgery* (7th ed., pp. 282–285). PA: Elsevier.
- Madden, L. K., & DeVon, H. A. (2015). A systematic review of the effects of body temperature on outcome after adult traumatic brain injury. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 47(4), 190–203. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000142>
- Nassar, B. R., & Lippa, C. F. (2016). Idiopathic normal pressure hydrocephalus: A review for general practitioners. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2, 2333721416643702. <https://doi.org/10.1177/2333721416643702>
- Olson, D. M., Lewis, L. S., Bader, M. K., Bautista, C., Malloy, R., Riemen, K. E., & McNett, M. M. (2013). Significant practice pattern variations associated with intracranial pressure monitoring. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 45(4), 186–193. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3182986400>
- Osama, J., & John, R. W. K. (2017). Hydrocephalus in children: Etiology and overall management. In H. Richard Winn, (Ed.), *Youmans & Winn neurological surgery* (7th ed., pp. 1588–1595). PA: Elsevier.
- Richard, J., Edwards, & James, M. (2017). Cerebrospinal fluid devices. In H. Richard Winn, (Ed.). *Youmans & Winn neurological surgery* (7th ed., pp. 1638–1644). PA: Elsevier.
- Roth, C., Stitz, H., Kalhout, A., Kleffmann, J., Deinsberger, W., & Ferbert, A. (2013). Effect of early physiotherapy on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure. *Neurocritical care*, 18(1), 33–38. <https://doi.org/10.1007/s12028-012-9799-5>.
- Sivagnanam, M., & Jha, N. K. (2012). Hydrocephalus: An overview. In S. Pant & I. Cherian (Eds.), *Hydrocephalus*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/32502>
- Vucic, S. (2014). Surgery in normal pressure hydrocephalus dont-wait-to-shunt. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 85, 806–810. doi:10.1136/jnnp-2013-306117

