

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดในสมองโป่งพอง : กรณีศึกษา

Nursing care for patients with cerebral aneurysm: case study

วารภรณ์ นิเกศรี
Waraporn Nigasri

โรงพยาบาลสมุทรสาคร
Samut Sakhon Hospital

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางจากหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นสาเหตุการตายและความพิการสูง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อยลงทำให้สมองขาดเลือดในภายหลัง จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองรายนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองจะต้องได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็วและถูกต้อง การดูแลเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่ การตรวจประเมินและเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทที่ถูกต้อง และสามารถประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยจากภาวะที่คุกคามชีวิต หรือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงที่มีภาวะวิกฤตทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ การประเมินอาการและการแสดงของภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ และความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างแม่นยำและถูกต้อง การเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ตลอดจนการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้กลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และครอบครัวมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยถ้าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล

คำสำคัญ :

โรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง, เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง

Abstract

Cerebral aneurysm is a critical condition that causes high mortality and disability, resulting in less blood supply to the brain, leading to cerebral ischemia. From the case study of nursing care for a patient undergoing surgery for cerebral aneurysms in this case, it was found that patients with aneurysms needed to be diagnosed quickly and accurately. Close monitoring and evaluation of patients using the nursing process are necessary, as well as the correct assessment of neurological symptoms and providing coordination with multidisciplinary teams to ensure patients are safely protected from life-threatening conditions or those causing disability. The nursing care should be evidence-based and includes the reported changes of neurological crisis and vital signs, assessment of signs and symptoms of cerebral insufficiency and increased intracranial pressure, monitoring fluid and electrolyte imbalances, and patient's rehabilitation for good quality of life. The family is ready to take care of disabled person after discharge from the hospital. This is an important role of nurses.

Keywords :

cerebral aneurysm, subarachnoid hemorrhage

Correspondence to: วารภรณ์ นิเกศรี
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
Tel: (+66) 83-4454293

J Med Glob 2023 Jan; 2(1)
Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMedGlob>
ISSN: 2821-918X (Online)

How to cite this article: Waraporn Nigasri. Nursing care for patients with cerebral aneurysm: case study. J Med Glob. 2023 Jan;2(1):8-15

บทนำ

โรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง (cerebral aneurysm) เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่พบเพียงร้อยละ 5 แต่จัดอยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางระบบประสาท (1) เพราะเมื่อมีการแตกแล้วจะทำให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage; SAH) ซึ่งมีความรุนแรงและเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 50 ทำให้มีความพิการหลงเหลือร้อยละ 20 – 30 และจะฟื้นฟูเป็นปกติได้ใน 18 เดือน หลังมีอาการเพียง 1 ใน 3 จากจำนวนที่รอดชีวิต (2) อัตราการเกิดโรค พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.6 เท่า พบบ่อยช่วงอายุระหว่าง 40 – 60 ปี (1) โรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองที่แตกแล้วมีโอกาสแตกซ้ำประมาณร้อยละ 4 ในวันแรก หากพิจารณาช่วงสองสัปดาห์แรกจะมีโอกาสแตกรวมร้อยละ 15 – 20 และพบว่าร้อยละ 50 จะแตกซ้ำภายใน 6 เดือน (3)

โรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองอาจเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดแดงในสมองที่เป็น true aneurysm คือ การมีผนังหลอดเลือดแดงที่เป็นกระเปาะโป่งพองออกทุกชั้น (4) เมื่อกระเปาะที่โป่งพองแตกออกจะเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดทุกชั้นทำให้มีเลือดออกภายในเนื้อเยื่อรอบ ๆ ส่วนของหลอดเลือดที่ฉีกขาดนั้น เลือดที่ออกมักแข็งตัวเป็นก้อนอุดส่วนที่ขาดของผนังหลอดเลือดไว้ เมื่อมีขนาดใหญ่อันจะแสดงอาการเหมือนเนื้องอกและแตกออก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด subarachnoid hemorrhage (5) ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเป็นภาวะที่มีอันตราย หากไม่ได้รับการ หรือรักษาไม่ทันเวลา จะมีอัตราเสียชีวิตสูงมาก (5)

อาการและอาการแสดงก่อนที่หลอดเลือดในสมองโป่งพองจะแตก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงฉับพลันอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน (6) อาการส่วนมากมักเป็นทันทีทันใดและมักเกิดขณะทำงานหรือออกกำลังกาย และเมื่อแตกแล้วจะมีอาการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมอง คือ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา คอแข็ง และ Kernig's sign ให้ผลบวก เพราะการมีเลือดออกในสมองเป็นการเพิ่มปริมาตรของเนื้อสมองจากการมีสิ่งกีดขวางในสมอง (space occupying lesion) ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปที่สมองลดลง ซึ่งส่งผลให้หลอดเลือดมีการขยายตัวเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่สมอง ถ้ากลไกการปรับตัวล้มเหลวและเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจะกดเบียดหลอดเลือดบริเวณใกล้เคียง ทำให้การนำออกซิเจนและการไหลเวียนของเลือดที่จะมาเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจนทำให้เนื้อสมองและเซลล์ประสาทถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่ของสมอง เซลล์สมองเกิดการเผาผลาญอาหารแบบไม่ใช้ออกซิเจน ส่งผลให้สมองบวมและมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สมองอาจถูกกดเบียดและดันให้เคลื่อนลงสู่ส่วนล่างที่มีความดันต่ำกว่า เรียกว่าภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation) ลงไปกดการทำงานของก้านสมองทำให้สูญเสียกลไกการควบคุมอัตโนมัติ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีจะมีการเสียหายที่ของระบบประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพอย่างชั่วคราวหรือถาวร และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (6) และถ้ามีการแตกซ้ำอาการจะรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากกลไกการหดตัวของหลอดเลือดไม่ดีเท่าเดิม เลือดจะออกไม่หยุด ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในช่วงนี้ (7)

การวินิจฉัยโรคได้จากการซักประวัติ อาการปวดศีรษะ หมอสติ การตรวจร่างกายพบอาการคอแข็ง การทำ CT angiography (CTA) ช่วยบอกตำแหน่งของโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง ส่วนการทำ MRI cerebral angiography (MRA) ช่วยให้ทราบตำแหน่งและตรวจหาความผิดปกติของ

หลอดเลือด และการเจาะหลังเพื่อพิสูจน์ภาวะ subarachnoid hemorrhage (8)

สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ดีที่สุด เป็นการรักษาเพื่อป้องกันการแตกซ้ำ (re-bleeding) ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดได้ ร้อยละ 8 – 10 ใน 24 ชั่วโมงแรก และค่อย ๆ ลดลงในวันต่อมา (9) การรักษา แบ่งออกได้เป็น 3 แนวทาง (2) คือ 1) การรักษาด้วยยาลดภาวะสมองบวม ลดความดันในกะโหลกศีรษะ ป้องกันภาวะหลอดเลือดตีบ ควบคุมความดันโลหิต การให้สารน้ำเพื่อเพิ่มปริมาตรในหลอดเลือดและลดความหนืดของเลือด 2) การผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์ เช่น clipping โดยใช้ clip หนีบริเวณคอของหลอดเลือดโป่งพอง, trapping คือ การผูกตัก aneurysm ข้างบนและข้างล่าง ทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่ได้ และเหี่ยวไปเอง วิธีนี้ไม่ค่อยเป็นที่นิยม, Wrapping คือ การห่อ aneurysm ในกรณีผ่าเข้าไปแล้วพบว่าไม่สามารถ clip ได้, ligation คือ การผูกหลอดเลือดที่ไปเลี้ยง aneurysm 3) รังสีรักษาโดยอุดหลอดเลือด

การรักษาทางยาเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกซ้ำ

ผู้ป่วยที่เกิดมีเลือดออกซ้ำมีโอกาสในการเสียชีวิตหรือมีความพิการมากกว่าผู้ป่วยที่มีเลือดออกเพียงครั้งเดียวอย่างมาก โดยผู้ป่วยที่มีเลือดออกครั้งแรกจะมีโอกาสเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงแรกประมาณ 4 - 14% และความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกซ้ำจะยังสูงต่อไปได้อีกถึง 30 วัน หากยังไม่ได้รับการรักษา การรักษาทางยาที่อาจพิจารณาให้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ 1) ยาลดความดันโลหิต เนื่องจากมีข้อมูลพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดเลือดออกซ้ำ 2) ยาต้านการสลายลิ่มเลือด (anti-fibrinolytic drug) อาจช่วยทำให้ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นแล้วคงอยู่ต่อไปได้อีก ซึ่งจะช่วยลดโอกาสในการเกิดเลือดออกซ้ำได้ 3) การให้ยากันชัก อาการชักพบได้บ่อยราว 20% ในผู้ป่วย subarachnoid hemorrhage โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอยู่ในเนื้อสมอง ซึ่งอาการชักอาจมีผลทำให้การไหลเวียนเลือดผิดปกติและอาจกระตุ้นให้มีเลือดออกซ้ำได้มาก (10) การดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางจากการแตกของหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองต้องได้รับการดูแลพื้นฐานเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในภาวะวิกฤตทั่วไป คือ การประเมินติดตามอาการทางระบบประสาท (neurological examination) การติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography: EEG) อย่างต่อเนื่อง และการประเมินติดตามค่าความดันโลหิต เกลือแร่ในเลือด (electrolyte) น้ำหนักตัว และสารน้ำเข้า - ออกอย่างใกล้ชิด ตลอดจนเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นอย่างรวดเร็ว โดยผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อไปดูแลในหอผู้ป่วยหนักจากห้องฉุกเฉินโดยตรงหรือทันทีหลังผ่าตัด (11)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งพบได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองเคลื่อน ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง ภาวะชัก และภาวะสมองตายจากหลอดเลือดสมองแตกเกร็ง ซึ่งภาวะหลอดเลือดสมองแตกเกร็งพบมากถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยหลังเกิด SAH (1)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมุทรสาครที่เป็นแหล่งศึกษาครั้งนี้ มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาโดยการผ่าตัด จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสมุทรสาครในปี 2561 – 2563 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองจำนวน 91, 94 และ 70 ราย ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจำนวน 27, 34, 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.7, 36.2 และ 41.4 ตามลำดับ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ตระหนักและเห็นความสำคัญของ

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองโป่งพอง การพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับการรักษา ตามสภาวะความรุนแรงของโรคทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู เพื่อให้พ้นภาวะคุกคามชีวิต ลดความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษานี้เป็นการนำเสนอกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดแดงโป่งพอง โดยให้การพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบต่าง ๆ ให้น้อยลง สามารถฟื้นฟูสภาพและกลับบ้านด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเกิดซ้ำและการกลับมาได้รับการรักษาด้วยโรคเดิม

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี รับประทานยาในโรงพยาบาลด้วยอาการ 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ล้มศีรษะกระแทกพื้น ไม่สลบ มีอาการปวดศีรษะ อาเจียน 5 ครั้ง ญาตินำส่งโรงพยาบาลใกล้ที่เกิดเหตุหลังจากหกล้มนานประมาณ 2 ชั่วโมง แพทย์ส่ง CTA ผลพบ aneurysm at right anterior cerebral artery ขนาด 2.2 x 2.4 มิลลิเมตร ส่งต่อผู้ป่วยมารักษาโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งที่ศึกษาถึงโรงพยาบาลสมุทรสาครเวลาประมาณ 10.00 น. ห่างจากเวลาที่เกิดเหตุหกล้มศีรษะกระแทกพื้นประมาณ 5 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงประมาณ 1 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาเอง พูดได้ไม่สับสน ทำตามคำสั่งได้ ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS E₄V₅M₆ รูม่านตาขวาขนาด 5 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง รูม่านตาซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า แขนขาทั้งสองข้างยกได้ระดับ 4 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที หายใจได้เอง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/69 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 98% ให้ 0.9% NSS 1000 ml IV อัตรา 60 ml/hr

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 11,200 cell/cu.mm Hematocrit 36% Platelet 187,000 cell/cu.mm PT 12.3, PTT 27.0, INR 1.14, BUN 14 mg/dl, Creatinine 0.66 mg/dl, Blood sugar 135 mg/dl, Serum sodium 143 mmol/L, Serum potassium 3.9 mmol/L, Serum chloride 108 mmol/L และ Serum TCO₂ 24.8 mmol/L

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ คือ CT brain (จากโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาตัวครั้งแรก) พบ small amount of extra-axial blood along anterior interhemispheric fissure right sylvian fissure and anterior basal cistern. Likely SAH และส่งทำ CT brain angiogram ผลพบว่ามี ruptured right anterior cerebral artery with SAH

หลังจากนอนโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น pain score เพิ่มจาก 5 เป็น 10 คะแนน GCS ยังคงเท่าเดิม คือ E₄V₅M₆ แพทย์แจ้งญาติและผู้ป่วยถึงแนวทางการรักษาโดยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อหนีหลอดเลือดสมองโป่งพองที่แตก (craniectomy with clipping aneurysm) เมื่อให้ข้อมูลที่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจผ่าตัด โดยลงนามเอกสารยินยอมผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยผ่าตัดโดยโกนผมทั้งหมด ใส่สายสวนปัสสาวะ เตรียมผลเอกซเรย์ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที หายใจได้เอง อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตร

ปรอท O₂ sat 98% แขนขาขยับได้ระดับ 4 แขนขาซ้ายไม่ขยับ motor power grade 0 ผ่าตัดได้สำเร็จ ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 25 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 150 ml ระดับความรู้สึกโดยให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia) หลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจและเมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจในห้องพักฟื้นของห้องผ่าตัด รวมเวลานอนในห้องพักฟื้นนาน 1 ชั่วโมง หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับมาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยเรารู้ตัว GCS E₃V₄M₆ รูม่านตาขวาขนาด 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า รูม่านตาซ้ายขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี แขนขาขยับได้ระดับ 4 แขนขาซ้ายยกได้ระดับ 4 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/70 มิลลิเมตรปรอท หายใจได้เอง on O₂ cannula 4 ลิตรต่อนาที O₂ sat 99%

หลังจากกลับจากห้องผ่าตัด 30 นาที ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวตื่น GCS E₄V₅M₆ รูม่านตาขวาขนาด 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า รูม่านตาซ้ายขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี แขนขาขยับได้ระดับ 5 แขนซ้ายยกได้ระดับ 4 ขาซ้ายยกได้มีกำลังระดับ 2 เคลื่อนไหวได้ ในแนวราบยกไม่ได้ ผลผ่าตัดที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม ต่อสายระบายเลือด (hemovac drain) 1 ขวด มีของเหลวที่ระบายออกมาเป็นเลือดสีแดงคล้ำ 100 ml คาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน จำนวน 200 ml จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ 0.9% NSS 1000 ml IV อัตรา 60 ml/hr คู่กับ 10% Glycoferil 500 ml IV อัตรา 40 ml/hr งดอาหารและน้ำ ยกเว้นยา แพทย์มีแผนการรักษาโดยเฝ้าระวังความดันโลหิต systolic อยู่ในช่วง 120 – 160 มิลลิเมตรปรอท ใหยาปฏิชีวนะ Cloxacillin 2 กรัม IV ทุก 6 ชั่วโมง, Ceftriaxone 2 กรัม IV ทุก 12 ชั่วโมง, Losec 40 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง และ Dilantin 100 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง, Paracetamol 500 mg รับประทาน 2 เม็ด เมื่อมีอาการปวดศีรษะหรือมีไข้ ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง

หลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาเอง พูดได้ไม่สับสน ทำตามคำสั่งได้ ปวดศีรษะ pain score = 4 ระดับความรู้สึกตัว GCS E₄V₅M₆ รูม่านตาขวาขนาด 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า รูม่านตาซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี แขนขาทั้งสองข้างยกได้ระดับ 5 หายใจ on O₂ cannula 4 ลิตรต่อนาที ให้ 0.9% NSS 1000 ml IV อัตรา 40 ml/hr คู่กับ 10% Glycoferil 500 ml IV อัตรา 40 ml/hr ผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ยังต่อสายระบายเลือด (hemovac drain) ไว้ มีของเหลวที่ระบายออกมาเป็นเลือดสีแดงจาง 150 ml. แพทย์เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อนทางปาก ผู้ป่วยรับประทานได้ดี ไม่มีอาการสำลัก ไม่คลื่นไส้หรืออาเจียน หยุดยาฉีดทางหลอดเลือด เปลี่ยนเป็นยารับประทาน Losec 20 mg 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้งก่อนอาหาร, Dilantin 100 mg 3 เม็ด รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเย็น, B 1-6-12 จำนวน 1 เม็ด รับประทานวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร แพทย์ให้เริ่มฝึกยืน เดิน กระตุ้นผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง พยายามข้างเตียงได้ แพทย์พิจารณาให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก แนะนำการปฏิบัติตัวหลังถอดสายสวนปัสสาวะ ประเมินผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้ ไม่มีแผลขัด

หลังผ่าตัดวันที่ 2 – 4 ระดับความรู้สึกตัวคงเดิม สัญญาณชีพปกติ ยังมีอาการปวดศีรษะ pain score = 3 สายระบายของเหลวยังมีเลือดสีแดงจางปนซีรุ่มออก 50 ml ให้แผนการรักษาตามเดิม

หลังผ่าตัดวันที่ 5 ระดับความรู้สึกตัวคงเดิม รูม่านตามีขนาดและปฏิกิริยาต่อ

แสงเหมือนวันที่ 1 หลังผ่าตัดกำลังแขนขาระดับ 5 ทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพปกติ ผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี สายระบายของเหลวมีเลือดออก 45 ml อาการทั่วไปดีขึ้น ม่านตามีขนาด 2.5 – 3.0 มม. และปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาระดับ 5 ทั้ง 2 ข้าง แพทย์ให้ถอดสายระบายเลือดที่ศีรษะออก ผลไม่ซึม ปวดศีรษะทุเลาลง pain score = 1 รับประทานอาหารอ่อนได้ ลูกนั่งข้างเตียงได้

หลังผ่าตัดวันที่ 6 ผลเกลือแร่ในเลือดพบ Potassium ต่ำ 1.7 mmol/L ไม่พบอาการผิดปกติอื่นๆ ระดับความรู้สึกตัวคงเดิม และ neurological sign เหมือนวันที่ 5 ไม่พบปวดศีรษะตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 Lead) ผลปกติ ให้ 0.9%NSS 1000 ml ผสม Potassium Chloride (KCl) 60 mEq IV อัตรา 80 ml/hr และให้ KCl Elixir 30 ml รับประทานทุก 3 ชั่วโมง เป็นจำนวน 3 ครั้ง ติดตามผลระดับ Potassium ในเลือดพบว่าปกติ (serum potassium 3.54 mmol/L)

หลังผ่าตัดวันที่ 8 neurological sign เหมือนวันที่ 6 ไม่พบปวดศีรษะ หยุดยาปฏิชีวนะแบบฉีด เปลี่ยนเป็นแบบรับประทาน ให้ Dicloxacillin ขนาด 250 mg 2 เม็ด รับประทานวันละ 4 ครั้งก่อนอาหาร, Ciprofloxacin ขนาด 500 mg 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เตรียมตัววางแผนจำหน่ายและตัดไหมในวันต่อไป

หลังผ่าตัดวันที่ 9 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ระดับความรู้สึกตัว GCS E₄V₅M₆ รูม่านตา ทั้ง 2 ข้างขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี แขนขาทั้งสองข้างยกได้ระดับ 5 สัญญาณชีพปกติ หลังตัดไหม ผลที่ศีรษะดีดี ไม่บวมแดง ลูกเดินช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จำหน่ายกลับบ้านในสภาพรู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน แขนขา 2 ข้างแรงดี เดินได้เอง รับประทานอาหารได้เอง รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 9 วัน

กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษา สามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟูวางแผนจำหน่าย โดยสรุปได้ดังนี้ คือ

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอันตรายของสมองจากภาวะสมองบวมจนถึงสมองเคลื่อน เนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จาก subarachnoid hemorrhage

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยปวดศีรษะมากขึ้น Pain score เพิ่มขึ้นจาก 5 เป็น 10 คะแนน อาเจียน 5 ครั้ง ผล CT scan พบ aneurysm right anterior cerebral artery ขนาด 2.2 x 2.4 มิลลิเมตร และมี ruptured right ACA with SAH รูม่านตาขวาขนาด 5 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง รูม่านตาซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที หายใจได้เอง อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ สมองบวม เลือดออกเพิ่มขึ้น หลอดเลือดสมองหดเกร็ง และสมองขาดเลือดจนถึงรุนแรงคือ ภาวะสมองเคลื่อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มี Cushing's reflex คือ pulse pressure กว้างกว่า 60 มม.ปรอท ชีพจรช้าและแรง การหายใจผิดปกติโดยอาจมีอัตราการหายใจช้าหรือเร็วกว่าปกติและไม่สม่ำเสมอ
2. GCS ไม่ลดลงจากเดิม (E₄V₅M₆)
3. ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงทันที
4. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ตาพร่ามัว
5. ไม่มีอาการชักเกร็ง

การพยาบาล

1. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้มีการไหลเวียนกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวก โดยแรงดันกำขาบมองไม่เปลี่ยนแปลงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง (12)
2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ทำทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วย หากพบอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ต้องรายงานแพทย์ทันที
3. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 6 ชั่วโมง ในกรณีผู้ป่วยไม่มีไข้ ถ้ากรณีมีไข้ให้เช็ดตัวลดไข้
4. สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning sign of increased intracranial pressure) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน กระสับกระส่าย GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปวดศีรษะเพิ่มมากขึ้น มีความบกพร่องทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกซ้ำ ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง และอาการชักเกร็ง เป็นต้น หากพบให้รายงานแพทย์ทันที
5. บันทึกจำนวนน้ำเข้า – ออกทุก 8 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษา
6. ให้ O₂ cannula 4 LPM

การประเมินผล ไม่มี Cushing's reflex ยังคงปวดศีรษะมาก pain score = 8 GCS ได้ E₄V₅M₆ เท่าเดิม รูม่านตาข้างขวาและข้างซ้ายมีขนาดคงเดิมปฏิกิริยาต่อแสงเหมือนเดิม ส่งไปห้องผ่าตัดหลังจากเตรียมผ่าตัดเสร็จ

การพยาบาลหลังผ่าตัดและระยะฟื้นฟู

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอันตรายของสมองจากภาวะสมองบวมหรือเคลื่อนที่ เนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากการมีเลือดออกซ้ำในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด craniectomy with clipping aneurysm
2. ยังมีอาการปวดศีรษะ pain score = 4
3. รูม่านตาขวาขนาด 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า รูม่านตาซ้ายขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ สมองบวม เลือดออกเพิ่มขึ้น หลอดเลือดสมองหดเกร็งและสมองขาดเลือดจนถึงรุนแรงคือ ภาวะสมองเคลื่อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มี Cushing's reflex คือ pulse pressure กว้างกว่า 60 มม.ปรอท ชีพจรช้าและแรง การหายใจผิดปกติโดยอาจมีอัตราการหายใจช้าหรือเร็วกว่าปกติและไม่สม่ำเสมอ
2. GCS ไม่ลดลงจากเดิม (E₄V₅M₆)
3. ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงทันที
4. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนตาพร่ามัว
5. เลือดที่ออกจากสายระบายมีจำนวนไม่เกิน 30 cc/ชั่วโมง สีแดงคล้ำ

การพยาบาล

1. จัดทำนอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้มีการไหลเวียนกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวกโดยแรงดันกำซาบสมองไม่เปลี่ยนแปลงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง (12)
2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททำทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วย หากพบอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ต้องรายงานแพทย์ทันที
3. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 6 ชั่วโมง ในกรณีผู้ป่วยไม่มีไข้ ถ้ากรณีมีไข้ให้เช็ดตัวลดไข้
4. สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning sign of increased intracranial pressure) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน กระสับกระส่าย GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปวดศีรษะเพิ่มมากขึ้น มีความบกพร่องทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกซ้ำ ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง และอาการชักเกร็ง เป็นต้น หากพบให้รายงานแพทย์ทันที
5. ดูแลให้ได้รับยาลดสมองบวมตามแผนการรักษาของแพทย์คือ 10% Glycoferil 500 ml IV อัตรา 40 ml/hr พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา ได้แก่ ความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ ไตวายเฉียบพลัน ปอดบวม หลอดเลือดอักเสบ ปัสสาวะคั่งและเม็ดเลือดแดงแตก เป็นต้น
6. ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความดันสูงในช่องท้องและช่องอก เพราะทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจได้น้อยลง โดยหลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรง ๆ เมื่อมีอาการท้องผูก ห้ามเบ่งถ่าย ห้ามสวนอุจจาระ (ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน ให้รายงานแพทย์) ผู้ป่วยไม่มีอาการไอหรือท้องผูก
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดสมองบวมและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียง ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที และลงบันทึกอาการอย่างต่อเนื่อง
8. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ ลดสิ่งกระตุ้นโดยเฉพาะกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยไม่มีเสมหะ ไม่มีอาการไอ หรือจาม และไม่มีการท้องผูก วางแผนการทำกิจกรรมพยาบาลเป็นช่วง ๆ ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
9. บันทึกจำนวนน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษา
10. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งและสมองขาดเลือด ได้แก่ การดูแลสายและถุงระบายเลือดให้ระบายสะดวกไม่มีการงอพับหรือกดทับ บันทึกและสังเกตลักษณะสีและความเข้มข้นของเลือดที่ออกมาทุกเวร ถ้ามีปริมาตรมากกว่า 30 ml/hr สีแดงสด ให้รายงานแพทย์ ตรวจสอบสายระบายให้

เป็นระบบปิดเสมอ หากเลื่อนหลุดรีบรายงานแพทย์ ประเมินสภาพแผลผ่าตัดที่ศีรษะและบริเวณรอบสายระบาย ถ้าพบมีการรั่วซึมหรือแผลบวมแดง ให้รายงานแพทย์

11. ให้ O₂ cannula 4 LPM

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E₄V₅M₆ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาแรงดีระดับ 5 ทั้ง 2 ข้าง อาการปวดศีรษะทุเลาลง (Pain score = 3) ไม่อาเจียน ไม่มี cushing sign และไม่มีเลือดออกจากรายระบายเกิน 30 cc/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล บ่นปวดศีรษะ Pain score = 4 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด craniectomy วันแรก

วัตถุประสงค์ สุขสบายขึ้น อาการปวดศีรษะลดลง หรือหายไป

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่บ่นปวดศีรษะ
2. pain score ลดลง หรือไม่เกิน 3 คะแนน
3. พักผ่อนได้

การพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย ไขหัวเตียงสูง 30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และดูแลไม่ให้นอนทับแผลผ่าตัดหรือเกิดการดึงรั้งสายท่อระบาย
2. ประเมินความปวดศีรษะ โดยใช้ pain scale และทุกครั้งหลังให้ยาแก้ปวด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดคือ Paracetamol 500 mg. รับประทาน 2 เม็ด ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยไม่มีปวดแผลผ่าตัดที่ศีรษะ
3. ดูแลแผลผ่าตัดที่ศีรษะและท่อระบายให้ไหลสะดวก ไม่ดึงรั้ง พร้อมทั้งล้างบันทึก ลักษณะ สี จำนวน
4. ดูแลสิ่งแวดล้อม จัดเวลาเยี่ยมให้เหมาะสมกับเวลาพักผ่อนและความต้องการของผู้ป่วย
5. ให้การพยาบาลด้วยความระมัดระวังเพื่อไม่ให้เพิ่มความปวด

การประเมินผล ผู้ป่วยปวดศีรษะลดลง คะแนนความปวด pain score = 3

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้นเนื่องจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน ได้รับยาลดสมองบวมตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 10% Glycoferil 500 ml IV อัตรา 40 ml/hr ระดับโพแทสเซียมในเลือด 1.7 mmol/L

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับ K⁺ อยู่ในระดับ 3.5-5.00 mmol/L
2. ชีพจรเต้นแรงสม่ำเสมอ
3. ไม่มีอาการอ่อนเพลียของกล้ามเนื้อ
4. ไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

การพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ คือ 0.9%NSS 1000 ml ผสม Potassium Chloride (KCl) 60 mEq IV อัตรา 80 ml/hr และให้ KCl Elixir 30 ml รับประทานทุก 3 ชั่วโมง เป็นจำนวน 3 ครั้ง ตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด
2. ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมสูง ได้แก่ ซึม สับสน ซา ตะคริว ชีพจรเร็ว ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์
3. ส่งและติดตามผลการตรวจ electrolyte ตามแผนการรักษา
4. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

การประเมินผล ผู้ป่วยมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น (3.4 mmol/l) เกือบเท่าเกณฑ์ปกติ ชีพจรแรงสม่ำเสมอ ผลตรวจ EKG ปกติไม่มีอาการอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

วิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วย เนื่องจากไม่ทราบการดำเนินของโรค และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน สีน้าผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล จากการสอบถามผู้ป่วยและญาติไม่ทราบการดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม
2. ผู้ป่วยและญาติกล้าซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ
3. ผู้ป่วยและญาติไม่ถามเรื่องเดิมซ้ำ ๆ
4. ผู้ป่วยนอนหลับได้

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ
2. พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการ และแผนการดูแลของทีมสุขภาพ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพบแพทย์ เพื่อรับฟังการดำเนินของโรค และแผนการรักษา พร้อมซักถามข้อสงสัย สร้างความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาล
4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ให้กำลังใจ แสดงท่าทีเข้าใจ และมีการพูดคุยซักถาม อย่างสม่ำเสมอ
5. รับฟังคำบอกเล่าและคำถามด้วยความเต็มใจเป็นการช่วยเหลือ ประคับประคองทางด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความต้องการอย่างเหมาะสม
7. แนะนำแหล่งประโยชน์ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

การประเมินผล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น ญาติให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมกับแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การเกิด

เลือดออกซ้ำจากภาวะหลอดเลือดหดเกร็งและฉีกขาด ทำให้เกิดสมองบวมและความดันในสมองเพิ่มมากขึ้น (IICP, brain edema) เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติถามถึงการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่ได้ (ระยะฟื้นฟูวางแผนจำหน่าย)

วัตถุประสงค์ ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะการเกิดเลือดออกซ้ำ (rebleeding) จากภาวะหลอดเลือดหดเกร็งและฉีกขาด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติอธิบายวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำได้ถูกต้องหลังได้รับการอธิบาย
2. ผู้ป่วยและญาติบอกถึงอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและญาติบอกถึงแผนการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในบ้านได้ถูกต้อง

การพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ดังนี้ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กิจวัตรประจำวัน โดยใช้ BI (barthel index ปกติ คะแนนเต็ม 20 คะแนน) และ/หรือ MRS (Modified Rankin Scale ปกติ คะแนน 0 คะแนน) การรับประทานอาหารและยา การสื่อสาร ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษาและการดูแลตนเอง การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ภาวะแทรกซ้อน สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ ประเมินแผล และอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

2. ประเมินความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ดูแล ดังนี้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค ความรู้ในการดูแลต่อเองที่บ้าน สัญญาณอันตรายและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การดูแลแผลผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม และภาระการดูแลผู้ป่วย

3. วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม

4. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล

- 4.1 ด้านผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เช่น การไอจาม การป้องกันท้องผูก การเบ่งถ่าย การรับประทานยา Dicloxacillin ขนาด 250 mg 2 เม็ด รับประทานวันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร, Ciprofloxacin ขนาด 500 mg 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลตามนัด ให้คำปรึกษานับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง

- 4.2 ด้านครอบครัวและผู้ดูแล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน สัญญาณอันตราย เช่น ผู้ป่วยซึมลง ปวดศีรษะ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาอย่างทันที่ (หมายเลขโทรศัพท์หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทั่วประเทศ) แนะนำการป้องกัน

การกลับเป็นซ้ำ แหล่งประโยชน์ ผักที่กะษผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ให้ความรู้เรื่องอาหารและการเตรียมอาหารตามแผนการรักษา ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การเก็บรักษา ยา และอาการข้างเคียงของยา ให้ความรู้และประสานแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เครือข่ายชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในเรื่องต่าง ๆ และเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องตามกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย ให้คำปรึกษาสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย

5. การปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเรียบร้อย ไม่มีสิ่งขวางทางเดินป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
6. ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
7. ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
8. ส่งต่อและประสานงานกับศูนย์เยี่ยมบ้านเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
9. ติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 1 สัปดาห์ หลังกลับบ้าน และเปิด

โอกาสให้ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์

การประเมินผล รู้สึกตัวดี รับรู้ และอธิบายการปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามที่พยาบาลแนะนำและไม่มีความคิดปกติใด ๆ ในระบบประสาท คะแนน Barthel ADL = 19 โดยต้องช่วยพยุงขึ้นลงบันได ประเมิน MRS ได้คะแนน = 1 คือ ไม่มี ความพิการใด ๆ นอกจากต้องช่วยเหลือบางอย่าง เช่น พยุงขึ้นบันได

บทบาทการพยาบาล

จากกรณีศึกษาแสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนและรุนแรง ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะแรก ต้องมีความรวดเร็ว ถูกต้องและครอบคลุม อาการที่น่าสงสัยจากการชักประวัติ อาการสำคัญ ประวัติ ความเจ็บป่วยปัจจุบันเพื่อรายงานแพทย์ได้อย่างทันที่ การตรวจวินิจฉัย การดูแลก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการมีเลือดคั่งในสมอง จากการจัดท่านอนไม่เหมาะสม การได้ออกซิเจนไม่เพียงพอ การมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง และการมีภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ ภาวะสมองหดเกร็ง ภาวะสมองบวม การดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย ตั้งในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะ hypokalemia จากฤทธิ์ข้างเคียงของ Glycosteril ที่ให้ เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค อันมีผลต่อการหายของโรค และการดูแลระยะฟื้นฟูวางแผนจำหน่าย โดยการประสานการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ให้ความสำคัญกับครอบครัวโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการดูแลด้านจิตใจของครอบครัว เพื่อลดความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ เมื่อกลับบ้านได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะกลับมาเป็นซ้ำ โดยเฉพาะการสังเกตอาการทางสมอง การควบคุมความดันโลหิต การระวังอุบัติเหตุ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัด การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตน

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองเป็นความท้าทายสำคัญของทีมสุขภาพในทุกกระบวนการตั้งแต่การตรวจ การดูแลรักษา โดยเฉพาะพยาบาล ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จากกรณีศึกษาซึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการดูแลภายใต้ขีดจำกัดของทรัพยากรบุคคลที่ไม่เพียงพอ ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองให้เป็นแนวทางที่มีมาตรฐาน ปรับการจัดอัตรากำลังพยาบาลในแต่ละเวรให้เหมาะสมกับภาระงาน รวมถึงการเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์มากน้อยต่างกันในส่วนที่เหมาะสม จัดอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน รวมถึงมีการนิเทศ กำกับติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและมีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยเหล่านี้ อาจเกิดภาวะหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกซ้ำได้ดังกล่าวข้างต้น การสอนผู้ป่วย และญาติให้ดูแลป้องกันกรณีเลือดออกซ้ำ เช่น การไอจามแรง ๆ การเบ่งถ่าย ตลอดจนสังเกตอาการที่น่าสงสัยว่ามีการแตกซ้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเพื่อนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Suwanakkaradecha K, Kuwatsamrit K, Polpong P. Effectiveness of clinical practice guideline implementation for caring of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage post craniotomy with clipping aneurysm. Thai J Nurs Mid Prac. 2018;5:75-93.
2. Waiyapat B. Case study: Nursing care for patients with cerebral artery aneurysms. J Prevent Med Assoc Thai [Internet]. 2018. [cited 2021 Oct 21];6:71-9. Available from: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/156751>.
3. Aurboonyawat. Advances in interventional neurosurgery and neuro-radiology in Thailand. Health system research institute (HSRI) [Internet]. 2014. [cited 2021 Apr 7];19:1-2. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4093/Thaweesak_neurosurgery.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
4. Changsap B. Anatomy1. 4th edition. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 1979.
5. AMBOSS. ANEURYSM [Internet]. [cited 2021 Apr 7]. Retrieved from: <https://www.amboss.com/us/knowledge/Aneurysm/>.
6. Jiamsakul S, Prachusilpa. A study of nursing outcomes quality indicators for patients with neurosurgery. J Royal Thai Army Nurse. 2017; 18:147-54.
7. Punthumajinda K, Srisai M, Ocharoen S, Taecholan C. Basic neurosciences. 7th edition. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2558:176-8.
8. Rungsawang Y, Thongtanunam Y. Cerebral aneurysm: nursing care. 7th edition. Nonthaburi: Yutharin Printing; 2017.

9. Kitbunyonglers S, Petpichetchian W. Nursing care of patients with cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid haemorrhage: a case study. *J Boromarajonani Col Nurs, Bangkok*. 2019;35:24-35.

10. ANEURYSM Wongkarnpat [Internet]. 2021. [cited 2021 Aug 7]; Available from: <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2475>

11. Diring MN, Zazulia AR. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: strategies for preventing vasospasm in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med*. 2017;38:760-767.

12. Ponglaohapun U, Wongwatunyu S, Khuwatsamrit K. Nursing activities and factors related to increased intracranial pressure in head injured patients. *Rama Nurs J*. 2009; 15:226.