

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
เพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง: กรณีศึกษา 2 ราย

สุกัญญา วัตตอง

(วันที่รับบทความ: 12 พฤษภาคม 2567, วันที่แก้ไข: 6 สิงหาคม 2567, วันที่ตอบรับ 10 กันยายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด และระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย โดยศึกษาข้อมูลประวัติการรักษาจาก เวชระเบียน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่กระบวนการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด FANCAS ใน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐาน มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้พ้นภาวะวิกฤต แต่ยังหลงเหลือความพิการบางส่วนที่ต้องได้รับการฟื้นฟู และทำกายภาพบำบัดที่บ้าน สรุปผลการศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกซ้ำเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันด้านการดำเนินโรคที่ ได้แก่ อายุ พฤติกรรมด้านสุขภาพ ขนาดและความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะทำการรักษา ส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะเวลาช้า หรือเร็วแตกต่างกัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 2, โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding author: สุกัญญา วัตตอง, e-mail: vattong89@gmail.com

Nursing care for cerebral aneurysm post-operative craniotomy with clipping aneurysm patients: 2 cases

Sukanya Wattong

(Received 12th May 2024; Revised : 6th August 2024; Accepted 10th September 2024)

Abstract

This study compares two case studies involving cerebral aneurysm patients undergoing craniotomy with clipping aneurysm. The selection of patients was done purposefully. The study focused on the period before surgery, post-surgery, and during rehabilitation. Medical history information was gathered from records to identify patient problems and establish nursing diagnoses for care planning. Continuous evaluation of nursing outcomes was conducted using the FANCAS critical care framework. The study involved two patients with cerebrovascular aneurysms treated at the Neurosurgery intensive care unit in Khonkaen hospital. The aim was to understand patient issues and needs, plan nursing interventions, and analyze data through comparative case studies.

The study results case studies. In Case Study 1, the patient received standard treatment and correction for complications. There was preparation, both physically and mentally, for palliative care to reduce suffering and focus on improving the quality of life for patients and their families. In Case Study 2, the patient was rescued from a crisis but still has disabilities requiring rehabilitation and home physical therapy. Both cases involved patients with cerebral aneurysms who underwent craniotomy with clipping of the aneurysm. The purpose was to prevent the risk of repeated bleeding, but differences in disease implementation, such as age and healthy behaviors, were noted. The size and severity of the disease during treatment, along with any complications, can impact the speed and quality of patient care.

Keywords: Nursing, Cerebral aneurysm, Clipping aneurysm

Neuro Surgery Intensive Care Unit 2, Khonkaen hospital

Corresponding author: Sukanya Wattong, e-mail: vattong89@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Cerebral aneurysm) เป็นโรคที่เกิดกับหลอดเลือดแดงในสมองที่มีการโป่งพอง ส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการจนกว่าจะมีการแตกเกิดขึ้น โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก อัตราป่วยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 6.1 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี อัตราป่วยรวมทั่วโลกอยู่ที่ 8.09 ล้านราย (95% ช่วงไม่แน่นอน 7.2 - 9.72 ล้านคน) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 52.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ⁽¹⁾ แม้ว่าอุบัติการณ์และความชุกของ aSAH โดยรวมจะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็มีประชากรที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและก่อนเข้าโรงพยาบาลสูงอย่างต่อเนื่อง

ภาวะโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทและระบบต่างๆ ของร่างกายที่เกี่ยวข้อง โดยภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทที่สำคัญคือการมีเลือดออกซ้ำ (Re-bleeding) การหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (Cerebral vasospasm) ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) การชักเกร็ง (Seizure) และภาวะสมองบวม (Cerebral edema) หากมีอาการรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ไปที่แกนสมองทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง⁽²⁾ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง แบ่งออกเป็นการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยการผ่าตัด⁽³⁾

ซึ่งการดูแลระยะหลังผ่าตัดเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น⁽⁴⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจะต้องได้รับการประเมินปัญหา การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดน้อยที่สุด

พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองตามมาตรฐานการพยาบาลในทุกขั้นตอน การที่พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน มีการศึกษาหาความรู้ ฝึกฝนพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองอยู่เสมอ และสามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ กรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบโดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ซึ่งเป็นการดำเนินการอย่างมีระบบระเบียบ เริ่มต้นจากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล ระบุปัญหาที่ชัดเจน นำปัญหามาวางแผนการพยาบาล รวมถึงการมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตหลังได้รับการผ่าตัด ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม

ตามแนวทางวิทยาศาสตร์ และเป็นการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังใช้กรอบแนวคิดของ FANCAS^(5,6,7) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย การดำเนินของโรค การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองจำนวน 2 ราย เพื่อให้ได้แนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจง โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วย และการดำเนินของโรค การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง เดือนสิงหาคม 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การซักประวัติจากญาติผู้ป่วย และทฤษฎีโดยใช้กรอบแนวคิด FANCAS ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟู

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. พฤติกรรมสุขภาพ	ผู้ป่วยชาย อายุ 56 ปี มีประวัติความดันโลหิตสูง รับประทานยาตลอด ปฏิเสธการแพ้ยา และแพ้อาหาร CC: ชักเกร็ง ไม่รู้สึกตัว เป็นมา 6 ชั่วโมง PI: 6 ชั่วโมงก่อนมามีอาการตาข้างซ้ายเกร็งทั้งตัว ซึมลง ปลุกไม่ตื่น EMS ออกรับ GCS E ₁ V ₁ M ₂ On ET-tube ทำ CT Brain Refer	ผู้ป่วยหญิง อายุ 44 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา และแพ้อาหาร CC: ซึมลง เป็นมา 1.30 ชั่วโมง PI: 1.30 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติว่าได้ยินเสียงผู้ป่วยหายใจมีเสียงครืดคราด ปลุกไม่ตื่น ปัสสาวะราด ญาตินำส่ง รพช. On ET-tube Refer มา

ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วิเคราะห์	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมาด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองชัดเจน กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง กรณีศึกษารายที่ 2 ปฏิเสธโรคประจำตัว	
2. การวินิจฉัย	Subarachnoid hemorrhage with Ruptured Cerebral Aneurysm; Anterior Communicating Artery	Subarachnoid hemorrhage with Ruptured Left MCA Aneurysm with Intraventricular hemorrhage with Mild brain swelling
วิเคราะห์ประเด็นการวินิจฉัย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพของโรคตำแหน่งเดียวกันคือบริเวณ Subarachnoid แต่มีความผิดปกติของเส้นเลือดต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีความผิดปกติของเส้นเลือด Anterior communicating artery กรณีศึกษารายที่ 2 มีความผิดปกติของเส้นเลือด Middle cerebral artery	
3. พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง	แรกรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว GCS $E_1 V_E M_5$ CT Brain พบ Ruptured saccular aneurysm (size 0.6 cm) arising from anterior communicating artery with Diffused acute SAH Set OR for Right Craniotomy with Clipping aneurysm ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชม. EBL=1,100 ml ติดตามผล CTA Brain พบ Acute cerebral infarction at right fronto-parieto-temporal lobe with Intraventricular hemorrhage ปัญหาเรื่อง Central DI ได้ Advice Poor prognosis รวมระยะเวลาในการรักษาทั้งหมด 7 วัน	แรกรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว GCS $E_2 V_E M_5$ CT Brain พบ Subarachnoid hemorrhage with Diffuse mild brain swelling with Ruptured left MCA aneurysm with IVH with Mild brain swelling OR for Left Craniotomy aneurysm with Clipping aneurysm ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชม. 30 นาที EBL=300 ml P/O BP drop On Levophed (4:250) iv drip 5 ml/hr. F/U CTA Brain พบ DCI GCS $E_3 V_E M_6$ ผู้ป่วย Agitation ดึง ET-Tube และได้ Re-intubation tube On Ventilator Full support try off Et-tube ได้ใน day ที่ 9 GCS $E_4 V_1 M_6$ รวมระยะเวลารักษาทั้งหมด 28 วัน

ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วิเคราะห์ ประเด็น พยาธิ สภาพ อาการ อาการ และ อาการแสดง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพของโรคตำแหน่งเดียวกันคือบริเวณ Sub-arachnoid แต่มีความผิดปกติของเส้นเลือดต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีความผิดปกติของเส้นเลือด Anterior communicating artery หลังจากได้รับการผ่าตัดพบว่า SBP < 140 mmHg ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ทำให้เกิด Brain infarction กรณีศึกษารายที่ 2 มีการได้รับยา Levophed BP = 135/92 mmHg ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น และไม่เกิดภาวะ Brain infarction มีความผิดปกติของเส้นเลือด Middle cerebral artery	
4. การรักษา	Investigation CTA Brain (9 ส.ค. 66) - Ruptured saccular aneurysm (size 0.6 cm) arising from anterior communicating artery - Diffused acute SAH CTA Brain (11 ส.ค. 66) - Acute cerebral infarction at right fronto-parieto-temporal lobe - IVH of both lateral, third, and both lateral ventricles การรักษา 1. Ventilator Full support 2. V/S, N/S q 1 hr. 3. 20% Mannitol 100 ml iv q 8 hr 4. Nimotop (30) 2 tab ☉ q 6 hr. if BP < 90/60 mmHg ให้ hold ยา 5. Keppra 500 mg iv q 12 hr. 6. Losec 40 mg iv q 12 hr. 7. Transamine 1 gm iv q 8 hr. 8. Augmentin 1.2 gm iv q 8 hr. 9. Dexamethasone 4 mg iv q 6 hr.	Investigation CT Brain (4 พ.ย. 65) SAH with Diffuse mild brain swelling CTA Brain (4 พ.ย. 65) Ruptured left MCA aneurysm with IVH with Mild brain swelling CTA Brain (7 พ.ย. 65) - Interval decreased size of the acute intraparenchymal hemorrhage at left frontal lobe การรักษา 1. Ventilator Full support 2. V/S, N/S q 1 hr. 3. 20% Mannitol 100 ml iv q 8 hr 4. Nimotop (30) 2 tab ☉ q 4 hr. 5. Dilantin 100 mg iv q 8 hr. 6. Losec 40 mg iv q 12 hr. 7. Transamine 1 gm iv q 8 hr. 8. Meropenem 2 gm iv q 8 hr. 9. Dexamethasone 4 mg iv q 6 hr. 10. Dopamine (1:1) iv drip 5 ml/hr

ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	10. Nicardipine (1:5) iv drip 5 ml/hr	
	11. Levophed (4:250) iv drip 10 ml/hr	
วิเคราะห์การรักษา	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แบบแผนการรักษาแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 Keep SBP < 140 mmHg กรณีศึกษารายที่ 2 Keep SBP >140 mmHg	
5. การผ่าตัด	Right Craniotomy with Clipping Aneurysm	Left Craniotomy with Clipping Aneurysm
วิเคราะห์การผ่าตัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การผ่าตัดไม่แตกต่างกัน	

ตารางที่ 2 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
Hematology			
WBC	4.5-10.0 $10^3/uL$	23.1 $10^3/uL$	7.2 $10^3/uL$
Hemoglobin	12.0-16.0 g/dL	14.7 g/dL	11.4 g/dL
Hematocrit	37.0-47.0 %	43.9 %	35.8 %
Platlet	140-400 $10^3/uL$	433 $10^3/uL$	275 $10^3/uL$
กรณีศึกษารายที่ 2 มี Hematocrit และ Hemoglobin มีภาวะสูญเสียเลือด			
Clinical Chemistry			
Creatinine	0.67-1.17 mg/dL	1.48 g/dL	0.74 g/dL
Albumin	3.5-5.2 g/dL	3.20 g/dL	4.2 g/dL
Phosphorus	2.5-4.6 mg/dL	1.2 g/dL	1.6 g/dL
Potassium	3.40-4.70 mmol/L	2.54 g/dL	3.30 g/dL
CO ₂	20.6-28.3 mmol/L	13.8 g/dL	19.3 g/dL
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีค่า Potassium ต่ำ ได้ให้การรักษาและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อเนื่องจนค่า Potassium อยู่ในระดับปกติ			

ตารางที่ 2 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
Sputum		Sputum AFB: Not found	Sputum culture: Pseudomonas aeruginosa
กรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย ได้รับยา Antibiotic ต่อเนื่อง			

2. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมิน FANCAS ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลตามแบบประเมิน FANCAS

FANCAS	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
F (Fluid balance)	แรกรับผู้ป่วยไม่รู้สีก ตัว GCS E ₁ V ₁ M ₅ CT Brain พบ Ruptured saccular aneurysm (size 0.6 cm) arising from anterior com- municating artery with Diffused acute SAH Set OR for Right Craniotomy with Clipping aneurysm ใช้เวลา ในการผ่าตัด 2 ชม. EBL=1,100 ml	CT Brain พบ Sub- arachnoid hemor- rhage with Diffuse mild brain swelling with Ruptured left MCA aneurysm with IVH with Mild brain swelling OR for Left Cranioto- my with Clipping aneurysm ใช้เวลาใน การผ่าตัด 2 ชม. 30 นาที EBL=300 ml P/O BP drop On Levophed (4:250) iv drip 5 ml/hr.	นำไปสู่ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล 1. มีภาวะ Hypo- volemic shock 2. มีภาวะไม่สมดุลของ น้ำและเกลือแร่ 3. มีภาวะซีดระหว่าง ผ่าตัด 4. มีภาวะเบาจืด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลตามแบบประเมิน FANCAS (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
A (Aeration)	ผู้ป่วย On ETT with Ventilator Mode VCV TV 450, RR 14, PEEP 5, FiO ₂ 0.4 O ₂ Sat 100%	ผู้ป่วย On ETT with Ventilator Mode VCV TV 450, RR 14, PEEP 5, FiO ₂ 0.4 O ₂ Sat 100% ผล Tracheal suction culture Pseudomonas aeruginosa	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเหมือนกัน แต่ กรณีศึกษา รายที่ใส่ท่อช่วยหายใจนาน จึงมีภาวะปอดติดเชื้อ นำไปสู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
N (Nutrition)	น้ำหนัก 65 กก. สูง 168 ซม. BMI = 23.03 Albumin = 3.20 มีภาวะทุพโภชนาการ ได้รับอาหารทางสายยาง	น้ำหนัก 58 กก. สูง 165 ซม. BMI = 21.30 Albumin = 2.98 มีภาวะทุพโภชนาการ ได้รับอาหารทางสายยาง	รายที่ 1 BMI 23.03 Albumin 3.2 รายที่ 2 BMI 21.30 Albumin 2.98 นำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
C (Communication)	ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากเจ็บป่วยรุนแรง ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล	ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากเจ็บป่วยรุนแรงต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน	รายที่ 1 และ 2 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากเจ็บป่วยรุนแรงเหมือนกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลตามแบบประเมิน FANCAS (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
		นำไปสู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย	
A (Activity)	ก่อนเข้ารับการรักษ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ขณะเจ็บป่วยมีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย	ก่อนเข้ารับการรักษ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ขณะเจ็บป่วยมีอาการอ่อนแรงซีกขวา	นำไปสู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง
S (Stimulation)	รักษาด้วยการผ่าตัด Right Craniotomy with Clipping aneurysm	รักษาด้วยการผ่าตัด Left Craniotomy with Clipping aneurysm นำไปสู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะ	

3. การพยาบาล

การพยาบาลเป็นแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรกเริ่ม 2) ระยะวิกฤต 3) ระยะฟื้นฟู ก่อนจำหน่าย

1) การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

1.1) แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง

วัตถุประสงค์ : เนื้อเยื่อของร่างกาย

ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ **กิจกรรมการพยาบาล :** สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเย็น ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลข้อต่อและสายต่างๆ ไม่ให้หัก พับงอ หรือดึงรั้ง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะให้ถูกต้องตาม

หลักปราศจากเชื้อ จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว การประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีอาการปลายมือปลายเท้าซีด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ค่า O_2 Sat 99-100% ฟังเสียงมีเสียง Crepitation ทั้ง 2 ราย

1.2) การกำซาบเนื้อเยื่อสมองลดลงจากการมีเลือดออกในสมอง และสมองบวม

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสมองบวม **กิจกรรมการพยาบาล:** สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประเมิน GCS และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อ GCS ลดลง นอนศีรษะสูง 30 องศา ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ยากันชักตามแผนการรักษา สังเกตผลข้างเคียงจากการให้ยา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเท่าที่จำเป็น

การประเมินผล : กรณีศึกษา รายที่ 1 ระดับความรู้สึกตัวลดลงจาก $E_1 V_1 M_4$ เหลือ $E_1 V_1 M_1$ ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 2 ระดับความรู้สึกตัวเท่าเดิม มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ **กิจกรรมการพยาบาล :** ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา บันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับ และจำนวนน้ำที่ออกจากร่างกายต่อวัน **การประเมินผล :** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการแก้ไข และระดับ Potassium = 3.40-4.70 mmol/L

2) การพยาบาลระยะวิกฤต

2.1) เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออก

จากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด

วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยจากภาวะ Shock **กิจกรรมการพยาบาล :** ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จนกว่าจะคงที่ ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ Observe vital signs ทุก 15 min จน stable then ทุก 1 hr. ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจโล่ง ตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ Keep O_2 Sat > 95% ดูแลให้ยา Inotropic drug ตามแผนการรักษาของแพทย์ **การประเมินผล :** กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีค่า BP>90/60mmHg และ MAP >65 mmHg มีภาวะเบาจืด

วัตถุประสงค์ : มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ **กิจกรรมการพยาบาล :** เฝ้าระวังการขาดน้ำหรือไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่ ประเมินสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **การประเมินผล :** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมด

2.2) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

วัตถุประสงค์ : ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย **กิจกรรมการพยาบาล :** ประเมินนักโภชนาการ ดูแลให้ได้

รับสารอาหารตามแผนการรักษา ดูแลสายยาง กระเพาะอาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ดูแล น้ำย่อยจากสายยางกระเพาะอาหาร สังเกตและ บันทึกลักษณะและปริมาณน้ำย่อย เพื่อประเมิน การทำงานของลำไส้และลดการคั่งของน้ำย่อยใน กระเพาะอาหาร สังเกตและบันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า-ออกร่างกาย เพื่อประเมินภาวะสมดุลของ สารน้ำที่ได้รับ **การประเมินผล :** ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด

2.3) เสี่ยงต่อการกำซาบของ เนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดจากสมองบวม เลือดออกซ้ำ

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะ สมองบวม **กิจกรรมการพยาบาล :** ตรวจวัด สัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ และ ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนจากการดูแลเสมหะ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ set- ting ตามแผนการรักษา จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ระมัดระวังไม่ให้สะโพกงอมากกว่า 90 องศา ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการ รักษา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต $SBP \leq 160$ mmHg ดูแลควบคุมอุณหภูมิกาย (BT) $= 36 - 37^{\circ}C$ เพื่อป้องกันการเพิ่มเมตาบอลิซึมใน สมอง ลดกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดความดันในช่อง ออกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น **การประเมินผล :** ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด

2.4) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวด แผลผ่าตัดและปวดศีรษะ

วัตถุประสงค์ : บรรเทาความปวด แผลหลังผ่าตัด **กิจกรรมการพยาบาล :** ประเมิน

อาการปวดแผลผ่าตัด และปวดศีรษะจากสื่อน้ำ ทำทาง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย จัดศีรษะ สูง 30 องศา ประเมินความปวดโดยใช้ Behavior Pain Scale ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการ รักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา **การ ประเมินผล :** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มี Behavior Pain scale = 4-5 คะแนน

2.5) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์ : ลดความวิตก กังวลของญาติ **กิจกรรมการพยาบาล :** สร้าง สัมพันธภาพกับญาติด้วยท่าที่เป็นมิตร แสดง ความเห็นอกเห็นใจ พูดคุยด้วยน้ำเสียงสุภาพ นุ่มนวล อ่อนโยน และอธิบายให้ญาติทราบ แนวทางการรักษา อุปกรณ์ต่างๆ บอกสิ่งต่างๆที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย **การประเมินผล :** ญาติมีสีหน้า ยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวล และมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาพยาบาล

3) การพยาบาลระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย

3.1) มีภาวะปวดอึดเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยจากภาวะปวด อึดเสบ **กิจกรรมการพยาบาล :** ล้างมือ 6 ชั้น ตอนตามมาตรฐานการล้างมือ กรณีเร่งด่วนให้ ใช้ Alcohol hand wash ดูแลเสมหะด้วยเทคนิค ปราศจากเชื้อ วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ประเมิน เสี่ยงการหายใจอย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง บันทึก และรายงานแพทย์ เมื่อพบเสียงหายใจผิดปกติ สังเกตสี กลืน ลักษณะของเสมหะ ดูแลให้ ได้รับน้ำอย่างน้อย 2,000-3,000 มิลลิลิตรต่อวัน ตามแผนการรักษา ดูแลทำความสะอาดร่างกาย

เช้า, เย็น และปาก ฟันทุก 8 ชั่วโมง จัดทำนอน ศีรษะสูง 30-45 องศา พลิกตะแคงตัว 2 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษา เฝ้าระวัง ผลข้างเคียงของยา ดูแลเช็ดตัวให้ เมื่อ $BT > 38^{\circ}C$ สังเกตและติดตามผล CBC, Sputum culture, CXR **การประเมินผล :** ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด

3.2) มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดแผลกดทับ **กิจกรรมการพยาบาล :** ประเมินสภาพผิวหนัง โดยสังเกตว่ามีรอบแดงหรือรอยกดทับหรือไม่ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ดูแลการขับถ่าย ไม่ให้ผู้ปวยนอนแช่อุจจาระปัสสาวะ สังเกตการณ์ ขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย ดูแลผ้าปูที่นอนให้ สะอาด แห้ง และเรียบตึงอยู่เสมอ **การประเมินผล :** กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เกิดแผลกดทับ

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความผิดปกติของหลอดเลือดสมองเหมือนกัน แต่บริเวณที่มีความผิดปกติแตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีความผิดปกติของหลอดเลือด Anterior Communicating Artery ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 2 มีความผิดปกติของหลอดเลือด Middle cerebral artery ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ซึ่งจะมีความแตกต่างกันด้านพยาธิสภาพตำแหน่งของเนื้อเยื่อสมองที่มีเลือดออก และการดำเนินโรคที่ต่างกัน ปัจจัยด้านอายุ พฤติกรรมสุขภาพ โรคประจำตัว ขนาด และความรุนแรงของพยาธิสภาพ

ของโรค และสำคัญที่สุดคือภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะทำการรักษา พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเชี่ยวชาญเป็นอย่างดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง หลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและหนีบหลอดเลือดที่โป่งพอง เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการป้องกันเป็นอย่างดี^(9,10) ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง โดยการใช้แบบประเมิน Glasgow coma scale (GCS) และ Early warning signs เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะคุกคามต่อชีวิต รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน และมีการส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาตรฐานมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อการดูแลแบบประคับประคอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้การดูแลควบคู่กับการรักษาเฉพาะ มีการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อประโยชน์ต่อการรักษา ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้การดูแลประคับประคองทางอารมณ์ การดูแลต่อเนื่องและดูแลจัดการอาการอย่างเต็มที่ ร่วมกับดูแลจิตใจและจิตวิญญาณในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้อย่าง

เหมาะสม ในกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤต แต่ยังคงเหลือความพิการบางส่วนที่ต้องไปฟื้นฟู และทำกายภาพบำบัดที่บ้าน ซึ่งมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงหรือทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง
2. บุคลากรในหน่วยงานมีการศึกษาหาความรู้วิทยาการใหม่ ๆ อยู่เสมอ โดยการประชุมอบรม สัมมนาวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง หลังการผ่าตัดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. ควรมีการติดตามประเมินสมรรถนะทางการแพทย์เฉพาะโรค เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง รวมทั้งมีการนิเทศกำกับจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวรอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง
5. การศึกษาโดยบูรณาการการดูแลตามมาตรฐาน 7 Aspect of care กับกระบวนการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th>.
2. Chantira R, Sansuwan R, Heeaksorn C. Care for stroke patients with a multidisciplinary team. Journal of Royal Thai Army Nurses; 18 (suppl). 2017; 49-55.
3. Kusum V, Takarnvanich T, Kamwicha P, Chotnopparatpattara P, Krongyuth S, Charuwanno R, et al. Critical care nursing: a holistic approach. 6th Edition. Bangkok: Saha Pracha Panich Inc. 2017.
4. Punjaisee S, Phuenpathom N, Veerasan K, Charnmarong N, Khaoroptham S, Siwanuwatn R, et al. Clinical practice guidelines for hemorrhage stroke. Bangkok: Tana Press Co., Ltd. 2013.
5. สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ. การประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤต: FANCAS ใน สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, เพลินตา ศิริปการและชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ). การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556.
6. วิจิตรา กุสุมภ์. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2552.

7. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำใช้. วารสารทหารบก, 2557; 15(3).
8. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์. 2560.
9. Furlan AD, Irvin E, Munhall C, Giraldo-Prieto M, Fullerton L, McMaster R, et al. Rehabilitation service models for people with physical and/ or mental disability living in low- and middle-income countries: A systematic review. J Rehabil Med 2018; 345-55
10. Richards CL, Malouin F, Nadeau S. Stroke rehabilitation: clinical picture, assessment, and therapeutic challenge. Prog Brain Res 2015; 218: 253-80.