การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองแตก

Nursing Care of Patients With ruptured Cerebral aneurysm Surgery

สุภาพ ตรีบุญนิธิ*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 80-85 ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตแบบเฉียบพลันได้สูงถึงร้อยละ 40-50 หรือเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 10-20 ผู้ที่รอดชีวิตอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

วิธีการศึกษา : เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองแตกเฉพาะ 1 ราย ที่มาเข้ารับการผ่าตัดเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง โดยใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดจนถึงผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 22 วัน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยมาด้วยอาการหมดสติ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกร็งกระตุก ได้รับการวินิจฉัยเป็นเส้นเลือดในสมองโป่งพองแตก และมีเลือดออกที่เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองได้สำเร็จ ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมีเลือดออกที่เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน มีการสูญเสียเลือด มีอาการปวดศีรษะ ทั้งญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และสภาวะที่เป็นอยู่ ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขก่อนที่จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 22 วัน ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องประเมินอาการทางระบบประสาทได้อย่างถูกต้อง แม่นยำทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และรายงานให้ประสาทศัลยแพทย์ทราบ และควรมีการส่งต่อการดูแลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองแตก, เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง, ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะหนีบหลอดเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

Supap Treebunniti*

Abstract

Ruptured Cerebral aneurysm is the most common cause of subarachnoid hemorrhage 80-80 percent resulting likely to die 40-50 percent or die before they arrive at the hospital. Survivors may have disabilities.

Objective : To study personal information, problems. Nursing diagnosis, nursing plan, nursing practice, and nursing outcomes.

Educational method : Select one case study for ruptured Cerebral aneurysm patients. who underwent surgery to clamp the aneurysm using three stages of patient care. Before surgery, during surgery and after surgery, until the patient was discharged from the hospital for 22 days.

Results : The Patient was unconscious left limbs was weak, twitching, diagnosed with ruptured aneurysm and bleeding in the middle cerebral cortex undergoing craniotomy with clipping aneurysm successfully. The problem is that the patient's bleeding in the middle cerebral cortex increased intracranial pressure, resulting in a decrease in consciousness level. Daily disabilities, headaches, lose blood. Relatives and patients are anxious about their conditions. All problems are resolved before being sold home for 22 days. Patients can have a good quality of life without complications.

Conclusions and recommendations : This patient should be operated on quickly. Nurses must accurately assess the neurological conditions before and after surgery and report to the neurosurgeon, and should continue to provide care to health workers in the care community.

Keywords : ruptured cerebral aneurysm, subarachnoid hemorrhage, craniotomy with Clipping Aneurysm

*professional nurse professional operating room work nursing work group Chaophrayayommarat Hospital

*Supap Treebunniti, e-mail: supaptreebunniti@gmail.com, Tel. 0815821919

บทนำ

โรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองเป็นภัยเงียบที่ไม่อาจทราบได้ล่วงหน้าจะรู้ก็ต่อเมื่อมีการปริหรือแตก ของหลอดเลือดที่โป่งพองแล้วเมื่อมีการแตกจะทำให้มีเลือดออกจากผนังของหลอดเลือดแดงที่โป่งพองอย่างฉับพลันในบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอแรกนอยด์ (aneurysmal subarachnoid hemorrhage: aSAH) เป็นพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (cerebral aneurysm) ที่พบบ่อยที่สุดคือร้อยละ 80–85 และเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ชนิดหนึ่งที่พบเพียงร้อยละ 5 แต่เป็นชนิดที่จัดอยู่ในภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางระบบประสาท โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.6 เท่า ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 40-60 ปี ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเฉียบพลันได้สูงถึงร้อยละ 40-50 หรือเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 10-20 ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น การวินิจฉัย และการรักษาอย่างทันท่วงทีสามารถลดอัตราตาย และพิการของผู้ป่วยได้[1] บทบาทของพยาบาลที่สำคัญจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด[2] ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำให้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง และการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางที่ต่างไปจากแนวทางที่เคยปฏิบัติ[3] เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต และลดความพิการ ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และผลกระทบทั้งร่างกายจิตใจของครอบครัว

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองแตกที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง และนำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านการประเมินติดตามอาการทางระบบประสาท การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับบ้านไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก

โรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองคือ ความผิดปกติที่เกิดจากการบางลงของผนังหลอดเลือดสมองทำให้ผนังเส้นเลือดโป่งพองออกคล้ายบอลลูนและแตกออกง่าย แรงดันของเลือดที่กระแทกกับผนังเส้นเลือดในส่วนที่ผิดปกติ จะดันให้ผนังของหลอดเลือดโป่งพองหรือปูดออกเป็นกระเปาะขึ้นเรื่อยๆ จนแตกในที่สุด หลอดเลือดที่โป่งพองมักจะอยู่ตรงบริเวณเส้นเลือดที่มีการโค้ง และเส้นเลือดที่มีการแยกแขนง ร้อยละ 30 พบที่ Anterior Communicating Artery (ACOM) ร้อยละ 20 พบที่ Middle Cerebral Artery (MCA) ร้อยละ 2 พบที่ Posterior Communicating Artery (PCOM) ร้อยละ 20-30 พบที่ Posterior Inferior Cerebral Artery (PICA) ในผู้ป่วยคนเดียวกันอาจพบเส้นเลือดโป่งพองมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง[2,4]

อาการและอาการแสดง

อาการนำก่อนแตกผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะเตือนบางรายมีคอแข็งหรือตึงๆ ตื้อๆไม่สบายที่ท้ายทอย อาการจะหายไปในเวลาไม่กี่วัน[3] เมื่อมีการแตกเลือดจะทะลักหรือพุ่งเข้าไปในช่องน้ำไขสันหลัง Subarachnoid space จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นมาทันที ผู้ป่วยจะปวดทั่วศีรษะ อาการปวดจะรุนแรง อาเจียน บางรายปวดร้าวลงหลังหรือด้านหลังของขาทั้ง 2 ข้าง หากมีการแตกเข้าไปในสมองจะทำให้เกิดก้อนเลือดในสมองจะพบรูม่านตาขยาย ปฏิกิริยาต่อแสงลดลงหรือไม่มีเลย อาการหนังตาตก เห็นภาพซ้อน หรือบางรายมีอาการชัก[4] การทำงานของสมองส่วนนั้นเสียไปเกิดอัมพาตหรือสมองพิการ และถ้ามีการแตกซ้ำอาการจะรุนแรงมากขึ้นจากกลไกการหดรัดตัวของหลอดเลือดไม่ดีเท่าเดิมเลือดจะออกไม่หยุดทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง หมดสติ หลังฟื้นสติขึ้นมาตรวจร่างกายพบคอแข็ง[4]
2. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan)[5] ช่วยบอกตำแหน่งของหลอดเลือดสมองโป่งพอง
3. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าร่วมกับการฉีดสารทึบแสง (magnetic resonance angiogram)
4. การตรวจโดยฉีดสารทึบแสง (cerebral angiography) เป็นการตรวจที่สำคัญที่สุด ทำให้ทราบตำแหน่งของหลอดเลือดสมองโป่งพอง[6]
5. เจาะหลังเพื่อพิสูจน์ภาวะเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง[5]

การรักษา

1. การรักษาทางยาเพื่อช่วยลดอาการสมองบวม และลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยให้ Steroid therapy ให้ยาระงับความวิตกกังวล ให้ยาเพื่อป้องกันหลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospasm therapy)
2. การรักษาโดยการผ่าตัดใช้ Clip ซึ่งเป็นโลหะขนาดเล็กหนีบบริเวณคอของหลอดเลือดที่โป่งพองโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ (Surgical clipping of the aneurysm via craniotomy) ถือเป็นมาตรฐานการรักษาที่ให้ผลการรักษาดี หากรีบผ่าตัดโดยเร็ว[3.]
3. การฉีดรังสีทึบแสงเพื่อเอซเรย์แล้วทำการอุดหลอดเลือดที่โป่งพอง ด้วยขดลวด หรือสารอุดหลอดเลือด ใช้ในผู้ที่สูงอายุ และมีการโป่งพองของหลอดเลือดแดงบาซิลา (basilar artery)[2]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และนำมาวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับผ่าตัดหนีบหลอดเลือดในสมองโป่งพอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วย โรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุในช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ 2565 เลือกผู้ป่วยเฉพาะเจาะจง 1 ราย

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัย เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดในสมองโป่งพองแฟ้มประวัติผู้ป่วย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหา ความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัด 1 วัน จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล สรุปอภิปรายผล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี รูปร่างท้วม อาชีพทำนา สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ดูแลคือสามี และบุตร ไม่แพ้ยา ไม่เสพสารเสพติดใดๆ

การวินิจฉัยโรค : Ruptured Anterior Communicating Artery $ Subarachnoid hemorrhage

อาการสำคัญ : 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขณะนอนคุย เรียกไม่รู้สึกตัวไปชั่วขณะ 4-5 นาที หลังตื่นพูดเสียงในลำคอ เรียกไม่ลืมตา คอแข็ง แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง

ประวัติการเจ็บป่วย : 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล บ่นปวดศีรษะ ซึม พูดจาสับสนไม่ค่อยรู้เรื่อง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หมดสติ หลังฟื้น เรียกไม่ลืมตา พูดเสียงในลำคอ คอแข็ง แขนขาซ้ายอ่อนแรง ญาติพาส่งโรงพยาบาลเอกชนทำการเอกซเรย์สมอง พบว่ามีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง ผู้ป่วยซึมลง เรียกไม่ลืมตา เกร็งกระตุกให้การรักษา โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ และสวนปัสสาวะ ญาติขอนำตัวผู้ป่วยมารักษาโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นมะเร็งเต้านมด้านซ้าย รับการผ่าตัดเอาเต้านมออกไปเมื่อ 12 ปีที่แล้ว

อาการแรกรับ **:** 7 มีนาคม 2565 รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจบีบ ambu Bag 15 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 167/104 มิลลิเมตรปรอท อาการทางระบบประสาท (Glasgow coma scale/GCS) เท่ากับ 6 คะแนน ($E_1V_TM_5$) ผู้ป่วยไม่ลืมตา (E_1) ใส่ท่อช่วยหายใจ (V_T) ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (M_5) กำลังกล้ามเนื้อด้านขวา grade 5 ด้านซ้าย grade 4 ขนาดรูม่านตาขวา 2 มิลลิเมตร React ขนาดรูม่านตาซ้าย 2 มิลลิเมตร Sliggish ชัก เกร็งกระตุกนานๆ ครั้ง

ผลการตรวจร่างกายที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : รูปทรงปกติ ไม่มี fascial palsy ตรวจ stiff neck ได้ผล positive

ตา : ลืมตาเมื่อเรียก ขนาดรูม่านตา ข้างขวา 2 มิลลิเมตร React ข้างซ้าย 2 มิลลิเมตร Sliggish

ลักษณะการหายใจ : ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจตั้งค่าโหมด PCMV TV 500 มิลลิลิตร อัตราหายใจ 14ครั้ง/นาที PEEK FLOW 30 PEEP 5 FiO2 40 %
ระบบประสาท : รู้สึกตัว ลืมตาเมื่อเรียก ใส่ท่อทางเดินหายใจ ทำตามสั่งได้ Glasgow coma scale = $E_3V_TM_6$
การเคลื่อนไหว : สามารถเคลื่อนไหวได้เอง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาทั้งสองข้าง grade 5
ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด : ผลปกติ
ผลการตรวจคลื่นหัวใจ : Sinus rhythm
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Hb 12.1 g/dl Hct 36.4 % WBC 15,880 cell/ul Platelet Count 241,000 cell/uL PT 11.7 PTT 19.6 INR 1.01 BUN 10.8 mg/dl Creatinine 0.51 mg Serum sodium 141.3 mmol/L Serum potassium 3.8 mmol/L Serum chloride 107 mmol/L และ Blood sugar 128 mg/gl Serum TCO 2 22.9 mmol/L EGFR 111.69 ml/min/1.73 m*2
ผลการตรวจ CT-scan : Ruptured 3.8 x 4.5 mm Anterior Communicating Artery $ with diffuse Subarachnoid hemorrhage, and further expansion of intraparenchymal hematoma at right frontal lobe (size 1.9x4.5 cm.) midline shift to left 7 mm.
แผนการรักษาที่ได้รับ : Admit ward ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ On ET tube ต่อ ventilator, Retain foley’s catheter, CXR, EKG 12 lead, CBC, BUN/CR, electrolyte, coagulogram AntiHIV, HBsAg AntiHCV, จองเลือด PRC1 u, Dexametazone 4 mg. q 4 hr. Dynastat 40 mg. q 12 Dilantin 100 mg. in NSS 100 ml. IV drip in 8 hr, Losec 40 mg. IV OD NSS 1,000 ml. + KCL 20 mEq. IV drip 80 ml/hr. Voluven 500 ml rate 20 ml/hr. Nicardipine (1:5) IV drip 20 ml/hr. Keep SBP≥140 mmHg.

9 มีนาคม 2565 เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุประเมินสภาพ ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียกใส่ท่อช่วยหายใจ ทำตามคำสั่งได้ GCS $E_3V_TM_6$ ขนาดรูม่านตาขวาและซ้าย 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง กำลังแขนขาขวา grade 5 แขนขาซ้าย grade 4 ซักประวัติ และรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

10 มีนาคม 2565 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองได้สำเร็จ (Craniotomy & Clipping Aneurysm) ระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ (general anesthesia) ใช้เวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 15 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 300 มิลลิลิตร ได้ Fluid 2,800 มิลลิลิตร Urine ออก 880 มิลลิลิตร มีสายระบายเลือดที่ศีรษะ 1 สาย ใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายกลับไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS $E_1V_TM_1$ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง motor power grade 0 ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจตั้งค่าโหมด PCMV TV 500 มิลลิลิตร หายใจ 14 ครั้ง/นาที PEEK FLOW 30 PEEP 5 FiO2 40 % สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส

ความดันโลหิต 159/83 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที O2 sat. 99-100 % มีแผลที่ศีรษะด้านซ้ายปิดก๊อส ไว้ไม่มีเลือดซึม สายระบายเลือดมีสารคัดหลั่งสีแดงคล้ำ 80 มิลลิลิตร ให้สารน้ำ NSS 1,000 มิลลิลิตร IV 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และ voluven 500 มิลลิลิตร 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และยาเดิมตามแผนการรักษา

11-13 มีนาคม 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวทำตามคำสั่งได้ GCS $E_3V_TM_6$ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง แขนขาทั้ง 2 ข้างกำลัง grade 5 ส่ง CT scan ซ้ำพบ left frontotemporal craniotomy with clipping ACoA aneurysm of frontotemporal Subdural fluid collect with pneumocephalus 0.7 cm. ระดับความเจ็บปวด 5 คะแนน ยังใส่เครื่องช่วยหายใจเปลี่ยนโหมดเครื่องช่วยหายใจเป็น SIMV สายระบายเลือดที่ศีรษะมีเลือดเก่าๆ 100 มิลลิลิตร เจาะ HCT ได้ 28 % ให้ PRC 1 Unit

14 มีนาคม 2565 ผู้ป่วยหายใจเอง ให้ออกซิเจน mask with bag 5-10 ลิตร/นาที เปลี่ยนเป็นยารับประทาน Dilantin 100 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง Dexametazone 4 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง losec 40 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง เปลี่ยนแผลที่ศีรษะ แผลแห้งดีไม่มีเลือดซึม ไม่บวมแดง ท่อระบายมีเลือดออกสีแดงจาง 120 มิลลิลิตร อาการปวด 5 คะแนน ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา เจาะ HCT ได้ 31.8 % ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

15-28 มีนาคม 2565 GCS $E_4V_{4-5}M_6$ กำลังแขนขาทั้ง 2 ข้าง grade 5 สัญญาณชีพปกติ พูดคุยรู้เรื่องมีสับสนบ้างเล็กน้อย ยังมีอาการปวดศีรษะระดับ 2-4 คะแนน รับประทานอาหารอ่อนได้ลุกยืนและเดินได้โดยมีญาติช่วยประคอง off staple แผลติดดี

29 มีนาคม 2565 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลุกนั่งได้เอง งดให้สารน้ำทางหลอดเลือด Voluven และยา nimotop รับประทานยาแก้ปวด ยากันชักตามเดิม ประสาทศัลยแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากเลือกออกในสมองชั้นอแรกนอยด์

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีสีหน้ากระวนกระวาย คิ้วขมวด มีความดันโลหิตสูง 187/106 มิลลิเมตรปรอท เกร็งกระตุก ผล CT scan มี SAH (size1.9X4.5cm.)

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้แก่ กำลังแขนขา ขนาดของรูม่านตา และระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงเกิน 2 คะแนน ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที และอัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที ICP ไม่เกิน 20 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลท่อทางเดินหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา 19-21 เซนติเมตร ไม่ให้มีอุดตัน หักพับงอของท่อ ไม่ให้ความดันลมของ cuff มาก หรือน้อยเกินไปโดยการวัด cuff pressure ควรปรับปริมาตรลมใน cuff ทุกครั้ง วันละ 3 ครั้ง หรือทุก 8 ชั่วโมง[7]

2. จัดท่าให้นอนศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอ สะโพก ไม่หักพับงอ เพื่อให้การระบายเลือดดำออกจากสมองสะดวก

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะอย่างระมัดระวัง และดูแลให้ใช้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ สังเกตอาการชักเกร็ง มีสีคล้ำที่เล็บมือเล็บเท้า

4. ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ประเมิน GCS และสันญาณชีพอย่างใกล้ชิด

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นรบกวน บอกผู้ป่วยให้รู้ตัวก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง

ประเมินผล : ผู้ป่วย GCS $E_3V_TM_6$ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง กำลังแขนขาขวาระดับ 5 แขนขาซ้ายระดับ 4 ไม่มีอาการชักเกร็ง SBP อยู่ในระดับ ≥140 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการมีเลือดออกซ้ำ (Re-Bleeding) และหลอดเลือดในสมองหดตัว (Cerebral vasospasm) จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค หลอดเลือดสมองโป่งพองแตก GCS $E_3V_TM_6$

: มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง เกร็งกระตุกนานๆ ครั้ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะมีเลือดออกซ้ำ และ ภาวะหลอดเลือดในสมองหดตัว

เกณฑ์การประเมินผล : สีผิว ริมฝีปาก เปลือกตาแดงดี ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน 95-100 เปอร์เซ็นต์[3] สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท

: ไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนการมีเลือดออกซ้ำ (Re-Bleeding) และหลอดเลือดในสมองหดตัว (Cerebral vasospasm) ได้แก่ ปวดศีรษะเฉียบพลัน คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง ชักเกร็ง[3]

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลท่อทางเดินหายใจไม่ให้หักพับ หรือเลื่อนหลุด ศีรษะสูง 15-30 องศา

2. ดูแลการไหลเวียนโลหิตได้แก่ วัดความดันโลหิต สัญญาณชีพ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน

3. สังเกตลักษณะการหายใจอย่างสม่ำเสมอ ดูแลไม่ให้มีภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ

4. เฝ้าระวังโดยใช้หลัก 3 เอช (Triple H) ได้แก่การรักษาระดับความดันโลหิตให้สูง (hypertension)[4] การเพิ่มปริมาณน้ำในหลอดเลือด (hypervolemia) และการลดความหนืดของเลือด (hemodilution)[7]

5. ระบบประสาทตรวจดูระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และอาการชัก

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันในกะโหลกศีรษะ และยาเพิ่มปริมาณการไหลเวียนโลหิตควบคุมระดับความดัน systolic ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท เช่น Manitol Nimotop พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง ของยาได้แก่ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะออกมากขึ้น

7. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ลดสิ่งกระตุ้น หลีกเลี่ยงการผูกมัด จัดการความปวดเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ และลดการใช้ออกซิเจนป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะมีเลือดออกซ้ำ[7]

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้แก่ กำลังแขนขา ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงเท่าเดิม และไม่มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว GCS $E_3V_TM_6$ เท่าเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องด้านกิจวัตรประจำวันเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง และแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน : GCS $E_3V_TM_6$ แขนขาซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย (ระดับ 4) ใส่เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ : ได้รับการดูแลด้านกิจกิจวัตรประจำวัน ร่างกายสะอาดไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีข้อติดแข็ง

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีแผลกดทับ ไม่เกิดข้อติดแข็ง ร่างกายสะอาดไม่มีกลิ่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่านอนให้ถูกต้อง ทำความสะอาดปากและฟัน ดูแลอาบน้ำให้บนเตียง วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น พร้อมทั้งประเมินผิวหนัง ช่วยทำ และสอนญาติในการทำ passive exercise ให้กับผู้ป่วย

2. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่นแผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ

ประเมินผล: ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับ ไม่เกิดข้อติดแข็ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : สีหน้าผู้ป่วยและญาติ คอยสอบถามเกี่ยวกับเรื่องการผ่าตัดอยู่ตลอดเวลา

: ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนมีโอกาสที่จะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพได้

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และยินยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : สีหน้าผู้ป่วย และญาติดีขึ้น การซักถามน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ไปเยี่ยมผู้ป่วยและญาติที่หอผู้ป่วยพูดคุยแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย และรับทราบปัญหาและแผนการดูแลรักษาของแพทย์

2. แจ้งให้ญาติทราบเกี่วกับจุดรอผู้ป่วยขณะผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด และการเข้าเยี่ยมที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุตามเวลาที่อนุญาต

3. ประเมินการรับรู้ และภาวะสุขภาพเพื่อวางแผนการพยาบาล

ประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้นญาติให้ความร่วมมือ และยินยอมให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือดปริมาณมากอย่างรวดเร็วในขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : การผ่าตัดที่ศีรษะเป็นบริเวณที่มีเส้นเลือดจำนวนมาก, ผู้ป่วยมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือดปริมาณมากในขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20 เปอร์เซ็นต์ของความดันโลหิตเดิม

: ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงไม่ต่ำกว่า 30 เปอร์เซ็นต์[7]

: Estimated blood loss ไม่เกินค่า allowable blood loss (ไม่เกิน 1,100 มิลลิลิตร)[7]

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลห้องผ่าตัดจัดเตรียมเครื่องมือที่ต้องใช้หนีบหลอดเลือด (aneurysm clips) ที่มีขนาดและรูปร่างเหมาะสมกับขนาด และตำแหน่งของหลอดเลือดสมองที่โป่งพองรวมทั้งเวชภัณฑ์สำหรับการหยุดห้ามเลือด เครื่องจี้ไฟฟ้าแบบ bipola, surgicel, surgicel fibrilla, gelfoam ให้พร้อมใช้ในการผ่าตัด

2. ประเมินผลการตรวจเลือด การสูญเสียเลือดในขวดเครื่องดูดสุญญากาศและผ้าซับเลือด และแจ้งให้ทีมวิสัญญีทราบเป็นระยะๆ ประสานกับทีมวิสัญญีในการเตรียมสารน้ำ และเลือดให้เพียงพอที่จะใช้ระหว่างผ่าตัด

3. ติดตามสัญญาณชีพขณะผ่าตัดอย่างใกล้ชิด หากพบความผิดปกติรีบแจ้งประสาทศัลยแพทย์ทราบ

ประเมินผล : ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 15 นาที เสียเลือด 300 มิลลิลิตร ได้ Fluid 2,800 มิลลิลิตร Urine ออก 880 มิลลิลิตร ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดเนื่องจากอยู่ในห้องผ่าตัดที่มีอากาศเย็น เป็นเวลานาน 4 ชั่วโมง 15 นาที

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 19 - 24 องศาเซลเซียส นานเกิน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายไม่ต่ำกว่า 36.4 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการสั่น ปลายมือ ปลายเท้าเย็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. คลุมร่างกายส่วนที่ไม่ได้รับการผ่าตัดด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อนเพื่อเพิ่มความอบอุ่น

2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนใส่ Nasal temperature เพื่อประเมินการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

3. ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยด้วยผ้าชุบน้ำอุ่น สวมใส่เสื้อผ้า และห่มผ้าให้ผู้ป่วยอย่างมิดชิด

ประเมินผล **:** ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36.4 องศาเซลเซียสในบางขณะเป็นช่วงสั้นๆ และไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะอันตรายเช่น ชีพจรเต้นช้า Monitor EKG ไม่มี arrhythmia สามารถวัด Oxygen saturation จากปลายมือได้ตลอดเวลา 95-100 % ไม่มีอาการสั่น ปลายมือปลายเท้าเย็น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาท และบริเวณปุ่มกระดูกก้นกบ สันเท้า จากการจัดท่าผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : จัดท่านอนหงายหนุนที่หัวไหล่ด้านซ้าย บิดคอ เอียงศีรษะเล็กน้อย (15องศา) มีโอกาสเกิดการกดทับบริเวณปุ่มกระดูกก้นกบ สันเท้า ใช้หมุดยึดศีรษะผู้ป่วย ใช้เวลาผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง 15 นาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังกล้ามเนื้อ การกดทับเส้นประสาท และบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับรอยแดงบริเวณปุ่มกระดูกก้นกบ สันเท้า ขณะผ่าตัด

: ไม่เกิดการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ยึดพยุงศีรษะขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลห้องผ่าตัดจัดเตรียมหมอนเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆเช่น ใต้หัวไหล่ ใต้ข้อพับ และบริเวณสันเท้า ร่วมกับประสาทศัลยแพทย์และทีมวิสัญญีในการจัดท่าผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

2. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับได้แก่ สภาพผิวหนัง BMI อายุ ภาวะทุพโภชนาการ[7]

3. ตรวจสอบการล็อคของข้อต่อ อุปกรณ์ยึดพยุงศีรษะ (Mayfield) ให้แน่นและครบถ้วน

4. หลังถอดอุปกรณ์ยึดพยุงศีรษะ ประเมินตำแหน่งที่ใช้หมุดยึดกะโหลกศีรษะ หากมีการฉีกขาดของผิวหนังหรือมีเลือดซึมอย่างต่อเนื่อง ให้แจ้งประสาทศัลยแพทย์ทราบเพื่อทำการห้ามเลือด และทำความสะอาดแผลปิดแผลให้เรียบร้อย

5. ตรวจสภาพผิวหนัง บริเวณปุ่มกระดูกก้นกบ สันเท้า ว่ามีรอยแดงหรือรอยกดทับของอุปกรณ์ที่ใช้จัดท่าผ่าตัดหากพบรอยแดงผิดปกติให้รายงานประสาทศัลยแพทย์และลงบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย พร้อมกับส่งต่อข้อมูลให้หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ประเมินผล : หลังผ่าตัดเสร็จตรวจสอบบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ ไม่เกิดการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ยึดพยุงศีรษะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกาย และสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : หลังได้รับยาสลบผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS $E_1V_TM_1$ กำลังแขนขา grade 0

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกาย และสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล : สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ อาการคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือและเล็บเท้า[7]

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าให้เหมาะสมศีรษะสูงเล็กน้อย คอไม่พับเอียง ระวังการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจและได้รับออกซิเจน 10 ลิตร/นาที[7]

2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน สีผิวของริมฝีปากและปลายนิ้วมือปลายนิ้วเท้า ส่งต่ออาการ ความสำเร็จของการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดของผู้ป่วยกับวิสัญญีพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ประเมินผล : ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน 98-100 เปอร์เซ็นต์ สีผิวและริมฝีปากปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยหนักเนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด craniotomy with clipping aneurysm ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการดมยาสลบทั่วร่างกาย ไม่รู้สึกตัวใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับออกซิเจน

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด ไปยังหอผู้ป่วยหนัก

เกณฑ์การประเมินผล : สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม อัตราการหายใจ 10-24 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที[7]

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตุอัตราและลักษณะการหายใจ ภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ การขยายตัวของทรวงอก

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งศีรษะสูง 15-30 องศา ศีรษะลำคอให้ตรง ก่อนเคลื่อนย้ายตรวจดูบริเวณข้อต่อต่างๆ ของ ambu bag ไม่ให้มีการรั่วหรือหลุดจากกัน

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทางหลอดลมคออย่างเพียงพอ โดยเปิดความเข้มข้น 10 ลิตร/นาที

4. สังเกตุการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุก 2-3 นาที และสังเกตสีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ดูแลท่อระบายต่าง ๆ ที่ออกจากตัวผู้ป่วยไม่ให้มีการดึงรั้ง อุดกั้น หักพับงอ ขณะเคลื่อนย้าย

5. ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับชนิดการผ่าตัด การเสียเลือด และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ไม่มีอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน

ในเลือดแดง 95-100 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะเนื่องจากมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid hemorrhage) และมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน : นอนกระสับกระส่าย คิ้วขมวด พลิกตัวไปมาระดับความเจ็บปวด 5 คะแนน ผู้ป่วยมีบาดแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ และมีสายระบายเลือดที่ศีรษะ 1 สาย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ระดับความเจ็บปวดลดลงเหลือ 1-2 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดระดับคะแนนลดลงเหลือ 1-2 คะแนน ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย และสัญญาณชีพ บอกตำแหน่ง ความเจ็บปวด ลักษณะของความปวด และสังเกตผลข้างเคียงหลังได้รับยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เบามือ เช่นการพลิกตะแคงตัวหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ประเมินผล : ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดวัดระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 5 คะแนน ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติหลังจากได้รับยา Dynastat 40 มิลลิกรัม ระดับคะแนนปวดลดลงเหลือ 2 สีหน้าผ่อนคลาย ไม่กระวนกระวาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดโป่งพอง และมีท่อระบายออกจากแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่บ่นปวดแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดที่ศีรษะด้วยการทำแผลวันละ 1 ครั้ง โดยยึดหลัก sterile อย่างเคร่งครัดดูแลท่อระบายที่ศีรษะให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา

2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้ถูกน้ำ ไม่เปิดผ้าปิดแผลเอง หากมีอาการปวด บวม แดงร้อน ให้รีบแจ้งทันที

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามภาวะอุณหภูมิในร่างกายผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

ประเมินผล : แผลติดดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน อุณหภูมิในร่างกายผู้ป่วย 36.4-37.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะฟื้นฟู

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการปวดศีรษะในบางครั้ง การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปอย่างช้าๆ

ข้อมูลสนับสนุน : สีหน้ามีความวิตกกังวล ซักถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติทที่เกิดขึ้นและโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ
วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หนังตาตก และต้องรีบมาพบแพทย์ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และญาติให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับประทานยาอย่างเคร่งครัด
2. ให้มาพบแพทย์ตามนัด หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หนังตาตก แขนขาอ่อนแรงให้รีบมาพบแพทย์ ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด

ประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติบอกว่าทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และมีสีหน้าดีขึ้น

สรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

ผู้ป่วยมาด้วยอาการหมดสติไม่รู้สึกตัว หลังฟื้นมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกร็งกระตุก ได้รับการวินิจฉัยเป็นเส้นเลือดในสมองโป่งพองแตก และมีเลือดออกที่เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางรับไว้ดูแลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 3 วัน จึงได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองได้สำเร็จ หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายกลับไปยังหอผู้ป่วยเดิมนาน 4 วัน ต่อมาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หายใจได้เองจึงย้ายออกมาดูแลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมีเลือดออกที่เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน มีอาการปวดศีรษะ และความเข้มข้นของเลือดลดลงทั้งญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและสภาวะที่เป็นอยู่ ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขก่อนที่จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านรวมระยะเวลานอนอยู่ในโรงพยาบาล 22 วัน ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการที่รุนแรง GCS $E_1V_TM_5$ ถือเป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วนที่ต้องรีบรักษา และให้การพยาบาลตามหลักการที่ถูกต้อง เหมาะสมและเคร่งครัด ควรจัดพยาบาลที่มีความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหนีบหลอดเลือดโป่งพอง ตามหลักการที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือการให้คำแนะนำญาติ และผู้ป่วยในการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์จากการมีน้ำโพรงสมองมากเกินไป และควรมีการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับเจ้าหน้าที่สาธรณสุขใกล้บ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขได้

บรรณาณุกรม

1. กรกฎ สุวรรณ อัคระเดชา, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, พงษ์วัฒน์ พลพงษ์. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรชนอยด์หลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง.วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย2561;5(1):75-935.
2. บุบผา ไวยพัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2559;6(1):3-5.
3. สุพรพรรณ์ กิจบรรยงเลิศ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งจากเลือดออกใต้สมองชั้นอแรกนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ. 2562;35(1):24-35.
4. พนิดา รัตนถาวร. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพองในสมองแตก. [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2557 [เข้าถึงเมื่อ12ธ.ค.2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.msdbangkok.go.th/dowload%20file/personal/Succeed/170458/43.pdf
5. ปฏิยุทธ ศรีวิลาส, อภิชาต กล้างกลางชน, อเนก สุวรรณบัณฑิต. เรื่องเล่าหลอดเลือดโป่งพอง. วารสารชมรมรังสีเทคนิคและพยาบาลเฉพาะทางรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษา. 2553;4(2):148-56.
6. วันดี เพชรติ่ง, วัลย์ดา ฉันท์เรืองวณิชย์ และ อรพรรณ โตสิงห์. การจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองอแรกนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกระยะวิกฤตได้รับการผ่าตัด. วารสารการพยาบาล. 2553;(4):34-45.
7. วรรณิศา ชัยวิสิทธิ์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองในระยะผ่าตัด. [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2563 [เข้าถึงเมื่อ12ม.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www2.si.mahidol.ac.th