การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด : กรณีศึกษา

ศมีนา สุวรรณประทีป*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางซึ่งเป็นภาวะวิกฤตทางระบบประสาทที่มีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง และมีความพิการหลงเหลืออยู่ การรักษาโดยการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง และติดตามเฝ้าระวังอาการในทุกระยะของการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 43 ปี มาด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดในสมองโป่งพองแตกร่วมกับมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองได้สำเร็จ ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญมีดังนี้ คือ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะโซเดียมต่ำ 129.2 มิลลิโมล/ลิตร ได้รับการเฝ้าระวังอาการ ประเมินอาการทางระบบประสาท และให้การพยาบาลแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตสามารถกลับบ้านได้ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเฝ้าระวังและประเมินอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ การมาตรวจตามนัด และมีการติดตามการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยความเสี่ยงของโรค

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, ผ่าตัดหนีบหลอดเลือด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชากรมีอายุขัยเพิ่มขึ้น ร่วมกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น หนึ่งในโรคหลอดเลือดสมองที่อัตราความพิการและเสียชีวิตสูงสุด คือ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิต โดยประมาณร้อยละ 20-30[1] และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางซึ่งเป็นภาวะวิกฤต ทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 50 และที่เหลือร้อยละ 20-30 จะมีความพิการหลงเหลือเนื่องจากมีความผิดปกติทางระบบประสาท[2] การวินิจฉัย และการรักษาอย่างทันท่วงทีสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และพิการของผู้ป่วยได้[3] พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทของผู้ป่วย เพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ การดูแลภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง การป้องกันการชักเกร็ง ตลอดจนการดูแลเฝ้าระวัง และป้องกันระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระยะก่อน และหลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค อันมีผลต่อการฟื้นหาย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย[4] ซึ่งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช แพทย์ศัลยกรรมประสาทใช้การรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดที่โป่งพอง ถือเป็นมาตรฐานการรักษาที่ให้ผลการรักษาดี หากรีบผ่าตัดโดยเร็ว[4] มีความปลอดภัยและมีประโยชน์ในแง่ของการป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ[5] จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกในปี 2563 -2565 มีจำนวน 12 , 28 และ 24 ราย ได้รับการผ่าตัด 10, 18 และ 8 ราย ในจำนวนที่ผ่าตัดพบผู้ป่วยเสียชีวิตหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลมีจำนวน 3, 11 และ 3 ราย สาเหตุการตาย คือ ภาวะเลือดออกซ้ำ สมองบวม และการติดเชื้อ[6]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านการประเมินติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ลดโอกาสการเสียชีวิต ได้รับการดูแลและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัย เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงจำนวน 1 รายจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง-เด็ก 2 ช่วงเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2566

3. รวบรวมข้อมูล ประเมินภาวะสุขภาพความต้องการทางการพยาบาล นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 43 ปี น้ำหนัก 95 กิโลกรัม ส่วนสูง 166 เซนติเมตร สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพทำไร่ สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพนอกเขต ผู้ดูแลคือสามีของผู้ป่วย

อาการสำคัญ ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะแถบซ้าย ไม่ได้ไปรักษา วันนี้ 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะมาก ปวดท้ายทอย คลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง ญาตินำส่ง ระหว่างตรวจรักษา มีอาการชักเกร็งนานประมาณ 1 นาที ที่โรงพยาบาลชุมชน ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid hemorrhage) จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช

ประวัติการเจ็บป่วยอดีต ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง มา 5 ปี รับการรักษาด้วยยารับประทานจากโรงพยาบาลชุมชน ขาดยาประมาณ 3 เดือน

การตรวจร่างกาย รู้สึกตัว ทำตามสั่งได้ (GCS $E_4V_5M_6$) ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง สามารถเคลื่อนไหวได้เอง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาทั้งสองข้างเกรด 5 ความดันโลหิต 149/91 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ stiff neck ได้ผล Positive Chest X-Ray พบ Cardiomegaly

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผล CBC พบค่า Hematocrit 33 % ลดลงเป็น 25.7%

Electrolyte พบ ค่าโซเดียม 139 มิลลิโมล/ลิตร เหลือ 129.2 มิลลิโมล/ลิตร

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง Subarachnoid hemorrhage

การตรวจหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Rupture left posterior communicating artery (ขนาด 6.8 x 9.2 mm) with diffuse Subarachnoid hemorrhage

การวินิจฉัยโรค Ruptured left posterior communicating artery with Subarachnoid hemorrhage

การผ่าตัด Left fronto-temporal craniotomy with Clipping aneurysm

การรักษาของแพทย์ :

อาการแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma score : $E_4V_5M_6$ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดี ทั้ง 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขา 2 ข้าง ขยับได้เกรด 5 อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/91 มิลลิเมตรปรอท O_2 sat 99 % มีอาการปวดศีรษะ ยาที่ได้รับ Nicardipine 1:5 อัตรา 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ควบคุมค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ยากันชัก Dilantin 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ผลการตรวจหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ได้รับการวินิจฉัยเป็น Rupture left posterior communicating artery with subarachnoid hemorrahge ศัลยแพทย์ระบบประสาทเพิ่มยา Nimotop 30 มิลลิกรัม 2 เม็ด รับประทาน ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อลดการหดเกร็งของหลอดเลือด และยาแก้ปวด Dynastat 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง อธิบายแผนการรักษา และการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

ตามแผนการรักษาของแพทย์ เตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด ปัญหาที่เฝ้าระวัง คือภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การมีเลือดออกซ้ำ ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เข้ารับการผ่าตัด Left craniotomy with Clipping aneurysm ใช้เวลาผ่าตัดทั้งหมด 4 ชั่วโมง เสียเลือด 500 มิลลิลิตร ได้เลือด PRC ระหว่างการผ่าตัด 500 มิลลิลิตร มีสายระบายเลือดจากแผล 1 เส้น หลังผ่าตัดย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว $E_1V_TM_1$ ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร จากนั้น 1 ชั่วโมง ผู้ป่วย $E_4V_TM_6$ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาขวา เกรด 5 แขนขาซ้าย เกรด 4 มีเสมหะจำนวนมาก ยังใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดวันที่ 3 เนื่องจากมีเสมหะมาก ให้ NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง คู่กับ Voluven 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง. เพื่อให้ได้สารน้ำที่ปริมาณเพียงพอ ช่วยขยายหลอดเลือด ใส่สายยางให้อาหาร เริ่มยา Nimotop 30มิลลิกรัม 2 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง หลังผ่าตัดวันแรก พบว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงให้ Nicardipine 1:5 ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เริ่มยาโรคความดันโลหิตสูงเดิมของผู้ป่วย คือ Amlodipine 10 มิลลิกรัม วันละ1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Enalapril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้าและเย็น ให้ยา Dynastat 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง เพื่อบรรเทาปวด Dilantin 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยาแก้อักเสบ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง จำนวนเลือดจากสายระบายแผลผ่าตัด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ออก 180 มิลลิตร ผล HCT 25.7 เปอร์เซ็นต์ ได้รับเลือด PRC 250 มิลลิลิตร ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง-เด็ก 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma score: $E_4V_5M_6$ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาขวา เกรด 5 แขนขาซ้าย เกรด 4 On O_2 mask with corrugate 10 ลิตรต่อนาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/96 มิลลิเมตรปรอท O_2 sat 100 % ไอมีเสียงเสมหะในคอ ประเมินลักษณะเสมหะและการหายใจ ประเมินการกลืน สามารถให้รับประทานอาหาร และยาทางปากได้ ปรับยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทาน หยุดการให้ยาปฏิชีวนะ นำสายท่อระบายออกหลังผ่าตัดวันที่ 5 แผลแห้งดี ไม่มีไข้ ไม่มีการติดเชื้อ ความดันโลหิต 140/90 - 172/103 มิลลิเมตรปรอท ปรับยาเป็น Enalapril 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ถอดสายปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ ดูแลกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำกายภาพบำบัด ส่งเสริมทำกิจวัตรประจำวันโดยการสอนแนะนำทั้งผู้ป่วยและญาติ แขนและขาทั้ง 2 ข้าง สามารถยกได้ กำลังปกติ เกรด 5 ระหว่างพักฟื้น พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score : $E_3V_5M_6$ ขนาดรูม่านตา 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ทำตามสั่งช้าลง บ่นปวดศีรษะมากขึ้น มีคลื่นไส้ อาเจียน ตรวจ Electrolyte พบภาวะโซเดียมต่ำ 129.2 มิลลิโมล/ลิตร ได้รับ 3% Nacl 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยด 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 2 ขวด เฝ้าระวังไม่พบภาวะสมองบวม ไม่มีอาการชัก หลังให้การรักษาปวดศีรษะทุเลาลง pain score 2 คะแนน ค่าโซเดียมในเลือด 136.7 มิลลิโมล/ลิตร รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เตรียมการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD และส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

จากโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma score : $E_4V_5M_6$ ขนาด รูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขา 2 ข้าง ขยับได้เกรด 5 หลังผ่าตัดวันที่ 10 ตัดไหม แผลผ่าตัดแห้งติดดี หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยา Nimotop หลังผ่าตัดวันที่ 16 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะ แขนและขาทั้ง 2 ข้าง กำลังปกติ แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านได้ รวมเวลานอนโรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน นัดตรวจในอีก 4 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากกรณีศึกษา แบ่งการพยาบาลออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง การพยาบาลระยะพักฟื้นและการพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ pain score 8 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
3. ความดันโลหิต 190/98 มิลลิเมตรปรอท
4. มีประวัติการชัก
5. ผลการตรวจ CTA brain พบ Rupture left Posterior communicating aneurysm with Subarachnoid haemorrhage

วัตถุประสงค์ ลดและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score ลดลงไม่เกิน 2 คะแนน
2. ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) ≤ 140 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ขนาดรูม่านตาไม่เท่ากัน และไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงหรือมีปฏิกิริยาต่อแสงลดลง มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ มี Decorticate หรือ Decerebrate ปวดศีรษะมาก อาเจียนพุ่ง pulse pressure กว้างเกิน 50 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพตั้งแต่แรกรับ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง ตามอาการของผู้ป่วย
2. จัดท่านอนให้คอผู้ป่วยตรง นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนออกของระบบเลือดดำจากสมองได้สะดวก[6]
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

4. สังเกตอาการชักเกร็ง และดูแลให้ยากันชัก Dilantin 100 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

5. ดูแลควบคุมให้ผู้ป่วยได้รับยา Nicardipine 1:5 ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควบคุมค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) ≤ 140 มิลลิเมตรปรอท ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมความดันโลหิตป้องกันหลอดเลือดในสมองแตก

6. ดูแลควบคุมให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินซึ่งอาจทำให้สมองบวมได้ [7]

7. ดูแลการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นรบกวน เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ

8. พยาบาลบอกผู้ป่วยให้รู้ตัวก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยตกใจทำให้ร่างกายใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วย Glasgow coma score: $E_4V_5M_6$ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขา 2 ข้าง ขยับได้เกรด 5 ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) 120-170 มิลลิเมตรปรอทปวดศีรษะ pain score 3 คะแนน ไม่มีอาการชักเกร็ง มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำและหลอดเลือดในสมองหดตัวจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็น Rupture left Posterior communicating aneurysm
2. ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) 140-190 มิลลิเมตรปรอท
3. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ pain score 8 คะแนน
4. รอเข้ารับการผ่าตัด Clipping aneurysm

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ และภาวะหลอดเลือดสมองหดตัว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการมีเลือดออกซ้ำ และหลอดเลือดในสมองหดเกร็ง ได้แก่ ปวดศีรษะเฉียบพลัน คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ชักเกร็ง
2. คะแนนการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาท ลดลงไม่เกิน 2 คะแนน
3. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดก่อนจะเกิดการแตกซ้ำของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง หากมีอาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง สับสน คะแนน Glasgow coma score ลดลง 2 คะแนน แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง รายงานแพทย์ทันที

2. จัดท่านอนให้คอผู้ป่วยตรง นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนออกของระบบเลือดดำจากสมองได้สะดวก[7]

3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ การเกร็ง ดูแลไม่ให้ท้องผูก ควรรายงานแพทย์เพื่อให้ยาระบาย

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Nimotop เพื่อลดการหดเกร็งตัวของหลอดเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้นพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ อาการหน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ[7]

5. ประเมินอาการปวดและจัดการความปวดโดยการให้ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ และลดการใช้ออกซิเจนป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะมีเลือดออกซ้ำ

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ลดสิ่งกระตุ้นหลีกเลี่ยงการผูกมัด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดหรือการจำกัดญาติในการเยี่ยมผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้แก่ กำลังแขนขา ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงและไม่มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว Glasgow coma score: $E_4V_5M_6$ ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) 120-170 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการชักเกร็ง ได้รับการผ่าตัด Clipping aneurysm

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ปวดศีรษะเนื่องจากมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยแสดงอาการคิ้วขมวด สอบถามพยักหน้าบอกปวดศีรษะ pain score 5 คะแนน

2. ความดันโลหิต 160/80 -190/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 – 98 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสุขสบาย ระดับความเจ็บปวดลดลง พักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล:

1. pain score < 3 คะแนน สามารถพักผ่อนได้

2. ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที

3. ความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้ pain score

2. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Dynastat 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาแก้ปวด เช่น มีผื่นคันตามตัว คลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบบอกพยาบาลทันที

3. สังเกตการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เบามือ เช่น การพลิกตะแคงตัวหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย

4. พูดคุยอธิบายเกี่ยวกับอาการปวด สาเหตุ อาการและระยะอาการของการปวดของโรค ในระหว่างการดูแลรักษาและอาการปวดที่ผิดปกติให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

การประเมินผล

ผู้ป่วยปวดศีรษะ pain score 3 คะแนน ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ สีหน้าผ่อนคลาย สามารถนอนหลับพักผ่อนได้เป็นพักๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้ากังวล
2. คอยสอบถามอาการ/การผ่าตัดอยู่เสมอ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และยินยอมรับการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจแผนการรักษา
2. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว
3. สีหน้าสดชื่น ซักถามการผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการพูดคุยแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กับผู้ป่วยและสามีของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแล[9]
2. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และรับทราบปัญหาและแผนการดูแลรักษาของแพทย์
3. ประเมินการรับรู้และภาวะสุขภาพเพื่อวางแผนการพยาบาล
4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาลและไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น
5. เตรียมเอกสารการเซ็นยินยอมผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วย ตรวจสอบเอกซเรย์ปอดและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในระบบ การเตรียมเลือด ยาที่ต้องนำไปห้องผ่าตัด การจองหอผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด
6. แจ้งให้ญาติทราบเกี่ยวกับจุดรอผู้ป่วยขณะผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดและการเข้าเยี่ยมหลังผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้น ญาติให้ความร่วมมือและยินยอมให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ได้รับยาสลบ
2. ไม่รู้สึกตัว Glasgow coma score: $E_1V_TM_1$ หายใจเองไม่ได้
3. มีเสมหะ ไอขับไม่ได้

วัตถุประสงค์ เนื้อเยื่อของร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (O_2 Sat) มากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ และเล็บเท้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประเมินและตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่เลื่อนหลุดไปจากตำแหน่ง ไม่หัก พับ งอ และปรับ cuff pressure ไม่เกิน 25 มิลลิเมตรปรอท และฟังปอดเพื่อประเมินดูว่ามีเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้างเท่ากัน

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะลำคอให้ตรง

4. สังเกตประเมินอัตราและลักษณะการหายใจ

5. ฟังปอดและบันทึกอาการที่แสดงถึงการอุดกั้นทางเดินหายใจ

6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น หายใจมีเสียงเสมหะ ก่อนและหลังการดูดเสมหะควรระบายอากาศพร้อมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ และดูดเสมหะครั้งละไม่เกิน 10 วินาที และไม่ควรเกิน 1-2 ครั้ง ในแต่ละรอบ ควรให้ผู้ป่วยพักอย่างน้อย 2 นาที ก่อนทำการดูดเสมหะรอบต่อไป

7. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และสังเกตสีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า

8. ดูแลเจาะ ABGตามแผนการรักษา เพื่อประเมินค่าออกซิเจน

การประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที สีผิวบริเวณ ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ไม่คล้ำ ค่า O_2 sat 99 -100 เปอร์เซ็นต์ ค่าความดันย่อยของก๊าซในเลือดแดงอยู่เกณฑ์ปกติ ค่า PaO_2 162.5 มิลลิเมตรปรอท ค่า $PaCo_2$ 37.4 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากอาจมีภาวะเลือดออกซ้ำหลังการผ่าตัดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับการผ่าตัด Craniotomy with clipping aneurysm

2. กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาขวา เกรด 5 แขนขาซ้าย เกรด 4

3. ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) 180-190 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score ลดลงไม่เกิน 2 คะแนน

2. ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) ≤ 140 มิลลิเมตรปรอท

3. ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ขนาดรูม่านตาไม่เท่ากัน และไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงหรือมีปฏิกิริยาต่อแสงลดลง มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ มีDecorticate หรือ Decerebrate ปวดศีรษะมาก อาเจียนพุ่ง pulse pressure กว้างเกิน 50 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง หากมีอาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง สับสน คะแนน Glasgow coma score ลดลง 2 คะแนน แขนขาอ่อนแรง รายงานแพทย์ทันที[10]

2. จัดให้นอนท่าศีรษะสูง 15-30 องศา คอไม่พับ เอียง ช่วยทำให้เลือดไหลกลับไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้น

3. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อจำเป็น เพื่อลดการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ[10]

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง คู่กับ Voluven 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Nimotop 30มิลลิกรัม 2 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อลดการหดเกร็งตัวของหลอดเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้นพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ อาการหน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ[7]

7. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ลดสิ่งกระตุ้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

การประเมินผล

ผู้ป่วย Glasgow coma score : $E_4V_TM_6$ ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาขวา เกรด 5 แขนขาซ้าย เกรด 4 ไม่มีอาการชักเกร็งและคลื่นไส้ อาเจียนชีพจร 64 – 90 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) 120-166 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 อาจเกิดภาวะชักเนื่องจากมีระดับโซเดียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่าโซเดียมในเลือด 129.2 มิลลิโมล/ลิตร

2. Glasgow coma score: $E_3V_5M_6$ ทำตามสั่งช้าลง มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะชักจากการมีระดับโซเดียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีปริมาณโซเดียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (135-145 มิลลิโมล/ลิตร)

2. ไม่มีปวดศีรษะเฉียบพลัน อาเจียนพุ่ง สับสน ชัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการสมองบวม

2. ตรวจสอบอาการ และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา 3 % NaCl 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และตรวจสอบบริเวณที่ให้สารน้ำเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ

3. สังเกตและประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่นคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ สับสน ชัก[12]

4. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าร่างกายและจำนวนปัสสาวะที่ออกในแต่ละเวรเพื่อประเมินคามสมดุลของน้ำเข้าน้ำออกในร่างกาย

5.ติดตามค่าโซเดียมในเลือด หลังได้รับ 3% NaCl ตามแผนการรักษาของแพทย์[12]

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score: $E_4V_5M_6$ มีอาการปวดศีรษะ ระดับ pain score 2 คะแนน เป็นบางช่วงเวลา ไม่มีอาการคลื่นไส้ ค่าโซเดียมในเลือด 136.7 มิลลิโมลต่อลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีภาวะซีดเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. เสียเลือดในการผ่าตัด 500 มิลลิตร ได้เลือดทดแทน 500 มิลลิตร
2. ค่าความเข้มข้นของเลือด 29.7 %
3. จำนวนเลือดที่ออกจากสายระบายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง รวม 130 มิลลิลิตร
4. หลังผ่าตัดวันที่ 3 ค่าความเข้มข้นของเลือด 25.7%
5. บ่นรู้สึกหายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อในร่างกายรับออกซิเจนไม่พอจากภาวะซีด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความเข้มข้นของเลือด ≥ 30 %
2. ชีพจร 60 - 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท
3. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ค่า O_2 sat > 95 %
4. ไม่เกิดอุบัติเหตุ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมเลือด และให้เลือด PRC 250 มิลลิลิตร พร้อมทั้งประเมินอาการแพ้เลือดในขณะและหลังให้เลือดเพื่อชดเชยเลือดที่เสียไปตามแผนการรักษา
2. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากสายระบายและแผลผ่าตัด เพื่อประเมินการเสียเลือด
3. ประเมินสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ
4. ดูแลให้พักผ่อน ลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย ระมัดระวังอุบัติเหตุ
5. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด ให้ ≥ 30 % ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับเลือด 250 มิลลิลิตร ไม่มีอาการแพ้เลือด ค่าความเข้มข้นของเลือด 31 % หลังได้รับเลือดมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจไม่เหนื่อย 20 ครั้ง/นาที ค่า O_2 sat 96-99 % แผลผ่าตัดที่ศีรษะ ไม่มีเลือดซึม หลังผ่าตัดวันที่ 2 ไม่มีเลือดออกจากสายระบายเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยแสดงอาการคิ้วขมวด สอบถามพยักหน้า ระดับ pain score 4 คะแนน

2. มีบาดแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะมีสาย Radivac drain 1 เส้น

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสุขสบายอาการปวดแผลทุเลาลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าท่าทางดีขึ้น pain score น้อยกว่า 3 คะแนน

2. สามารถพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดโดยใช้ pain scale ซักถามและสังเกตอาการปวด

2. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ไม่นอนทับบริเวณแผลผ่าตัด

3. สังเกตการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เบามือ[11] เช่นการพลิกตะแคงตัวหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย

4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการให้ยาระงับปวดโดยดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Dynastat 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินอาการปวดหลังได้รับยา

5. สังเกตอาการผิดปกติ และสังเกตผลข้างเคียงหลังได้รับยาหลังได้รับยาแก้ปวด เช่น มีผื่นคันตามตัว คลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบบอกพยาบาลทันที

6. พูดคุยอธิบายเกี่ยวกับแผลผ่าตัดและระยะอาการของการปวดของแผล ในระหว่างการดูแลรักษาและอาการปวดที่ผิดปกติให้ผู้ป่วยรับทราบ

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน

การประเมินผล

ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด ระดับคะแนนปวดลดลงเหลือ 2 คะแนนความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ สีหน้าผ่อนคลาย สามารถเปลี่ยนท่านอนได้โดยไม่มีการฝืนตัวขณะเปลี่ยน นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 มีแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยน้ำหนักตัว 95 กิโลกรัม

2. กล้ามเนื้อแขนขา เกรด 4

3. ผู้ป่วยไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย พบรอยแดงบริเวณสะโพกซ้าย 2x2 เซนติเมตร

4. Barden score 13 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับเพิ่ม

2. รอยแดงที่บริเวณสะโพกซ้ายไม่เป็นแผลกดทับระดับเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale

2. ประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับ และบริเวณใกล้เคียงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่านอน หากพบรอยแดงต้องดูแลเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยให้บ่อยขึ้น

3. พลิกตะแคงตัวและจัดท่านอนให้ใหม่ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการกดทับและช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดได้ดีขึ้น

4. ดูแลความสะอาดผิวหนังไม่ให้แห้ง หรือเปียกชื้น ควรเช็ดตัวให้แห้งและทาโลชั่นให้ผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น

5. ดูแลให้นอนที่นอนโฟม และปูผ้าให้เรียบตึง ขณะที่ยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรใช้ผ้ารองเคลื่อนย้ายด้วยความนุ่มนวล ไม่ลากดึงผู้ป่วย รองปุ่มกระดูกที่ถูกกดทับด้วยหมอนนุ่ม

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ รอยแดงที่บริเวณสะโพกซ้ายไม่เกิดแผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับในการดูแลปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่า “รักษาผ่าตัดแล้ว หายแล้วใช่ไหม”

2. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องปลอดภัยเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล:

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายกลับบ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน[13]

2. ประเมินและบันทึกแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามหัวข้อ D-METHOD ดังนี้[14]

D: Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก การมาตรวจตามนัดของแพทย์ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด พร้อมใบคำแนะนำในการปฏิบัติตัว

M: Medicine อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของยาที่รับประทานเมื่อกลับบ้านโดยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องห้ามขาดยาหรือหยุดยาเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเน้นเรื่อง ยาลดความดันโลหิต และวัดความดันโลหิตเป็นระยะๆที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หากพบว่าความดันโลหิตสูงรีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุและแก้ไขก่อนเกิดการแตกซ้ำ

E: Environment ดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยป้องกันการลื่นพัดตกหกล้ม

T: Treatment แนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยการพักผ่อนอย่างเพียงพอการออกกำลังกายและการกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ[14]

H: Health ส่งปรึกษานักโภชนาการในการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

O: Outpatient Referal ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับชุมชนและติดตามการรักษาผ่านระบบThai COC และแนะนำในกรณีที่มีการอาการฉุกเฉินให้โทร 1669[14]

D: Diet แนะนำการรับประทานอาหารโดยการลดอาหารรสหวานจัดรสเค็มอาหารที่มีไขมันสูง แนะนำให้รับประทานผัก และผลไม้[14]

3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการดูแลปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและปฏิบัติได้จริง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน สามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเพศหญิง มีโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติการรับยาไม่ต่อเนื่อง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก มาด้วยอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้อาเจียน มีความดันโลหิตสูง ต้องให้ยาควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยร้อยละ 10 - 40 จะมีอาการอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง[5] ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดที่โป่งพองในวันถัดมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแตกซ้ำ เนื่องจากมีโอกาสเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 2 สัปดาห์แรก[11]ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยรายนี้คือมีความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะโซเดียมต่ำ โดยปริมาณโซเดียมที่ต่ำลงในทันที จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองบวม ชัก และถึงขั้นเสียชีวิตได้[13] ซึ่งได้รับการประเมินและแก้ไขให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยก่อนที่อาการจะแย่ลง พยาบาลมีบทบาทในการดูแลการเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือ ที่รวดเร็ว และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หรือลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง สามารถฟื้นฟูสภาพและกลับบ้าน ไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้[15] และเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การดูแลต่อเนื่องที่สำคัญคือ การควบคุมอาหาร น้ำหนัก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรค[16]

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ ๓๘ ปี มีประวัติการรับยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการปวดศีรษะนำมาก่อนที่จะมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น พบมีการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง และมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง ส่งผลให้มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน พบภาวะโซเดียมต่ำหลังผ่าตัดวันที่ ๙ หากไม่ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขได้ทันเวลาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองบวมได้ พยาบาลผู้ดูแลควรมีการประเมินและเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง ๔ ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลัง

ผ่าตัด ระยะพักฟื้น และระยะก่อนการจำหน่าย รวมทั้งการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการเกิดความพิการและการเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้และความสามารถในการประเมินอาการทางระบบประสาทเพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเพื่อคลายวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว

2. มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตได้

3. ภาวะโซเดียมต่ำเป็นภาวะวิกฤตทางผู้ป่วยระบบประสาท หากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ถูกต้องทันเวลาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการชัก สมองบวม และเสียชีวิตได้ ควรมีแนวปฏิบัติในการติดตามภาวะโซเดียมในเลือดของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะโซเดียมต่ำได้อย่างถูกต้องและทันเวลา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. แพทย์เตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกอันตรายพิการถึงเสียชีวิตพร้อมเปิดศูนย์การรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดโรงพยาบาลราชวิถี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ30 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rajavithi.go.th/ri?p=23606
2. บุบผา ไวยพัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง:กรณีศึกษา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2559;6(1):71-79.
3. กรกฎ สุวรรณ, อัครเดชา, กุสุมาคุววัฒนสัมฤทธิ์, พงษ์วัฒน์พลพงษ์. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรชนอยด์หลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2561;5(1):75-935.
4. วันดี เพชรติ่ง,วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์,อรพรรณ โตสิงห์.การจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกระยะวิกฤตที่ได้รับการผ่าตัด: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล. 2553;25(4):34-45.
5. สันติ สิสัยรัตน์.ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง.วงการแพทย์วงการยา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.wongkarnpat.com/Viewpat.php?id=2475
6. กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ปีงบประมาณ 2563-2565; 2565.
7. Veldeman M, Holling A, Clusmann H, Stevanovic A, Rossaint R, Coburn M. Delayed cerebral ischemia prevention and treatment after aneurysmal subarachnoid haemorrhage:a systematic review. Brit J Anaesth. 2016;117(1):17-40.

8. สุรีรัตน์ สุวัชรังกูร. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. 2558;14(2):94-101.
9. ปวีณา ยศสุรินทร์,จินดารัตน์ ชัยอาจ,ชมพูนุท ศรีรัตน์. ผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสาร. 2564;48 (2)132-145.
10. สุพรพรรณ์ กิจบรรยงเลิศ,วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอแรกนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง:กรณีศึกษา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2562;35(1):24-35.
11. เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง, ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก. นนทบุรี: บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด; 2560.
12. Hemphill JC, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Chusman M.Guidlines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. 2015;46(7):2032-2060.
13. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
14. ทัศนีย์ อินทรสมใจ และคณะ. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2560.
15. วิไล สุรสาคร. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง:กรณีศึกษา.วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่3. 2565;19(3):222-235.
16. จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ์.การป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 10 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2561.