การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองน้อยร่วมกับภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง : กรณีศึกษา

นพวรรณ นาคทับที*

บทคัดย่อ

โรคเนื้องอกในสมองเกิดจากเซลล์ในสมองเกิดการกลายพันธุ์ อาจเป็นชนิดที่เป็นมะเร็งหรือเป็นเนื้องอกที่ไม่เป็นมะเร็งก็ได้ การเจริญเติบโตของเนื้องอกที่เป็นมะเร็งนั้นจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับชนิดของเนื้องอก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้ เช่น ชัก สูญเสียความทรงจำ หรือแขนขาอ่อนแรง การรักษามะเร็งสมองส่วนใหญ่ต้องผ่าตัดนำเนื้องอกออกจากสมอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ติดตามเฝ้าระวังอาการหลังผ่าตัดรวมถึงระยะฟื้นฟู จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่าง มีคุณภาพ ในบางกรณีเนื้องอกเหล่านี้อยู่ในตำแหน่งที่สำคัญของสมองจึงทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือเนื้องอกมีจำนวนมากจนไม่สามารถผ่าตัดได้หมด จึงต้องให้การรักษาอื่นเสริมแทน เช่น การฉายแสง หรือการให้ยา

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 47 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย โรคเนื้องอกในสมองน้อยร่วมกับภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง ได้รับการผ่าตัดนำเนื้องอกออกจากสมองบริเวณสมองน้อย และมีสายระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง พบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจาก มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง แบบแผนการหายใจเลี่ยนไป เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลศีรษะสูงเนื่องจากอาจมีภาวะเลือดออกในสมองจากการผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะสมองบวมเนื่องจากมีภาวะโซเดียมต่ำภายหลังได้รับการผ่าตัด และใช้กระบวนการพยาบาลนำมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถพ้นระยะวิกฤตด้วยความปลอดภัย สามารถส่งตัวกลับโรงพยาบาลด่านช้าง รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 27 วัน

คำสำคัญ : โรคเนื้องอกในสมองน้อย, ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง , ภาวะโซเดียมต่ำ

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

เนื้องอกสมองส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่ก็มีปัจจัยหลายเสี่ยงหลายอย่างที่ทำให้เกิดเนื้องอกสมอง เช่น กรรมพันธุ์ การสัมผัสกับรังสี การสัมผัสกับสารเคมีบางชนิด หรือเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่นและแพร่กระจายไปสมอง เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจเกิดเนื้องอกสมอง แต่ยังไม่ยืนยันชัดเจน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เตือนให้ระวัง เช่น คลื่นรังสีจากโทรศัพท์มือถือ และการรับประทานน้ำตาลสังเคราะห์ สาเหตุอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกสมอง[1]

1. การเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ตัวอ่อน ของสมอง ซึ่งตามปกติจะเจริญเป็นส่วนต่างๆของสมองแต่มีเซลล์บางชนิดที่หลงเหลือค้างอยู่และกลับเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นงอกในระยะต่อมา การเจริญเติบโตนี้จะพบได้ในเด็กเป็นส่วนใหญ่

2. ปัจจัยทางพันธุ์กรรม เนื้องอกสมองมีการถ่ายทอดทางพันธุ์กรรมอยู่ 3 ชนิด ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติทางผิวหนัง ตา ระบบประสาท ได้แก่ 1) โรคเท้าแสนปม 2) โรคทูเบอรัส สเคลอโรซิสเป็นโรคทางพันธุกรรมซึ่งพบน้อย ส่งผลต่อระบบร่างกายหลายระบบ ทำให้เกิดเนื้องอกในสมองและอวัยวะสำคัญอื่นๆ เช่น ไต หัวใจ ปอด และผิวหนัง ผู้ป่วยอาจมีอาการชัก ความบกพร่องทางสติปัญญา พัฒนาการล่าช้า มีปัญหาพฤติกรรม ผิวหนังผิดปกติ มีโรคปอด โรคไต

3. โรค Von Hippel-Lindau disease (VHL) ถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยผู้ป่วยจะเป็นเนื้องอก (tumors) และมีถุงน้ำ (cysts) เกิดขึ้นในส่วน ต่างๆของร่างกาย ซึ่งมีทั้งแบบที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง โดยมักจะเกิดขึ้นในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นส่วน ใหญ่ แต่ก็สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดทุกช่วงอายุเช่นกันเนื้องอกที่เรียกว่า Hemangioblastoma เป็น ลักษณะเฉพาะของโรค VHL ซึ่งเกิดจากการสร้างหลอด เลือดขึ้นมาใหม่และมักจะไม่ใช่มะเร็ง ซึ่งถ้าเกิดขึ้นที่ สมอง หรือไขสันหลังจะทำให้ปวดหัว อาเจียน อ่อนเพลีย และกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ และยังสามารถเกิดขึ้นในส่วนที่ ไวต่อแสงในจอประสาทตา ซึ่งเรียกว่า retinal ซึ่งจะทำ ให้มีผลต่อการมองเห็นได้ โรคนี้ยังทำให้เกิดถุงน้ำในไต ตับอ่อน ส่วนของอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายได้ และโรคนี้ มักจะมีส่วนท้าให้เกิดมะเร็งไต หรือเนื้องอกที่ไตแบบที่ ไม่ใช่มะเร็งที่เรียกว่า Pheochromocytoma ซึ่งจะมีผล ต่อต่อมหมวกไต โดยอาจทำให้เกิดความดันโลหิตที่สูงจน เป็นอันตรายได้ 10% ของคน Endolymphatic ที่เป็นโรคนี้จะมีอาการเนื้องอกในหูชั้นใน ซึ่งไม่ใช่มะเร็ง และ เรียกว่า sac tumors ซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาในการได้ยิน และการทรงตัว

การแบ่งประเภทของเนื้องอกสมอง[1]

เนื้องอกสมอง สามารถแบ่งได้หลายแบบ เช่นตำแหน่งที่เกิด ชนิดของเซลล์ที่ผิดปกติหรือถ้าแบ่งตามลักษณะของเนื้องอกที่เกิดที่เนื้อสมองหรือกระจายมาจากอวัยวะอื่น สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. เนื้องอกปฐมภูมิ คือเนื้องอกที่มาจากเซลล์ของเนื้อเยื่อสมองเอง พบได้ประมาณร้อยละ 50 ของเนื้องอกสมองทั้งหมด และพบได้ประมาณ 15-20 รายต่อประชากร 100,000 คน ในแต่ละปี

2. เนื้องอกทุติยภูมิ คือการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาจากอวัยวะอื่น เช่น มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม เป็นต้น

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลางออกเป็น 7 กลุ่ม ตามเนื้อเยื่อต้นกำเนิดดังนี้

1. เนื้องอกที่เกิดจากเนื้อเยื่อสมอง เช่น Astocytoma, Glioblastoma
2. เนื้องอกของประสาทสมองและประสาทสันหลัง เช่น Acoustic schwannoma, Neurofibroma
3. เนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง เช่น Meningioma
4. เนื้องอกที่เกิดจากความผิดปกติของเลือด เช่น Malignant Lymphoma, Plasmocytoma
5. เนื้องอกของเซลล์สืบพันธุ์ต้นกำเนิด เช่น Germinoma, Teratoma,Pineal gland tumor
6. เนื้องอกบริเวณกระดูก เช่น Craniopharyngioma, Pituitary tumor
7. เนื้องอกที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง เช่น การกระจายของมะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม เป็นต้น

เนื้องอกสมองเป็นความผิดปกติที่เกิดจากเซลล์สมองเอง เซลล์ค้ำจุนประสาทส่วนกลางและเซลล์ค้ำจุนประสาทส่วนปลาย รวมถึงความผิดปกติที่เยื่อหุ้มสมอง[1]อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอก ซึ่งอาการปวดศีรษะมักเป็นอาการเริ่มต้นของเนื้องอกสมอง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะมีอาการปวดศีรษะ อาการมักเป็นๆหายๆ ระดับความรุนแรงตั้งแต่ปานกลางจนถึงรุนแรงมากส่วนใหญ่จะเกิดตอนเช้าหลังตื่นนอน เนื่องจากหลอดเลือดสมองระคายเคือง ถูกกดหรือถูกดึงรั้งจากเนื้องอก คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง[2] อาการอาเจียนบ่งชี้ถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หรือมีเนื้องอกบริเวณท้ายทอยมักมีอาการในตอนเช้า ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารและมีอาการอาเจียนแบบพุ่ง สาเหตุอาจเกิดเนื่องจากศูนย์ควบคุมการอาเจียนที่อยู่บริเวณก้านสมองถูกกระตุ้นโดยตรง ส่วนอาการคลื่นไส้หรือรู้สึกไม่สบายในท้องอาจเกิดร่วมกับอาการอาเจียน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ในระยะเริ่มต้นระดับความรู้สึกตัวอาจไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจน ต่อมาเมื่อเนื้องอกโตขึ้นจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวค่อยๆเปลี่ยน เช่น มีอาการสับสน กระสับกระส่าย ซึมลงและไม่รู้สึกตัวในที่สุด ซึ่งสัมพันธ์กับอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดอาการของความดันในกะโหลกศีรษะสูงและเสียชีวิตได้ หากเป็นเนื้องอกของต่อมใต้สมอง จะมีอาการของฮอร์โมนผิดปกติ และถ้าเป็นเนื้องอกที่ผิวสมองจะมีอาการชักร่วมด้วย อาการชักพบได้ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จะพบอาการชักได้ประมาณร้อยละ 70 สำหรับเนื้องอกชนิดเติบโตช้า และประมาณร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 40 ในกลุ่มเนื้องอกชนิดเติบโตเร็ว การวินิจฉัยนอกจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายแล้ว ต้องตรวจยืนยันด้วยการตรวจพิเศษอื่นๆ อีก เช่น CT scan, MRI, FMRI การรักษามีทั้งการผ่าตัด การฉายแสง และการให้เคมีบำบัด รวมถึงการให้ฮอร์โมนทดแทน[3] การประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดให้ครบทุกด้านก่อนและหลังผ่าตัด จะสามารถนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี รวมถึงการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชสุพรรณบุรี พบผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองและได้รับการผ่าตัดในปี 2563 - 2565 มีจำนวน 7 ,12 และ 6 รายตามลำดับ

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองน้อยร่วมกับภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองที่ได้รับการผ่าตัดนำเนื้องอกออกจากสมองและมีภาวะโซเดียมต่ำ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านการประเมินติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ก่อนและหลังการผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ลดโอกาสการเสียชีวิต ได้รับการดูแลและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองน้อยร่วมกับภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัย เกี่ยวกับโรคเนื้องอกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 1 ราย จากผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองน้อยร่วมกับภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองและมีภาวะโซเดียมต่ำที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน วิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล ประเมินผล สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 47 ปี น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร สถานภาพ โสด อาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพนอกเขต ผู้ดูแลคือพี่ชาย

อาการสำคัญ : ขาสั่น เดินแล้วล้ม ตาทั้งสองข้างมองไม่เห็น

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการขาสั่น เดินเซล้ม ตา 2 ข้างมองไม่เห็น เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเนื้องอกและน้ำคั่งในโพรงสมองจึงส่งมารักษาต่อ

ประวัติการเจ็บป่วยอดีต : ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว

การตรวจร่างกายตามระบบ: ปกติ

ระดับความรู้สึก : รู้สึกตัว ทำตามสั่งได้ GCS $E_4V_4M_6$ การตอบสนองของรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง

การเคลื่อนไหว : สามารถเคลื่อนไหวได้เอง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาทั้งสองข้าง Grade 5

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด : ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

Hct. 44.9%, WBC 8,470 cell/uL ,PMN 82.0% ,lymphocyte 13.0%, Platelet count 325,000 cell/uL Electrolyte :- Na 130.4 mmol/L, K+ 4.2 mmol/L, Cl 96 mmol/L, CO2 20.5 mmol/L BUN 17.9 mg/dl ,Creatinine 0.54 mg/dL ,EGFR 125.03 ml/min , HIV negative , INR 0.97 Healty (0.8-1.2) Therapeutic (2.0-3.4) ,PT 11.3 seconds , PTT 23.5 seconds

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง:

- Evidence of suboccipital craniotomy defe ct with tumor removal and small hyprocephalus A0.5 cm. enhancing lesion at surgical bed, follow up imaging is suggested. - Vivid enhancing

lesions at left sided cerebellum (0.4cm. no change) and intradural extramedullary nodules at cervical cord (0.9 cm. no change and 0.4 cm.)

- Small intaventricular hemorrhage in both lateral, 3rd ventricle and 4th ventricle with decreased degree of obstructive hydrocephalus
- Evidence of ventriculostomy via right frontal bone and tip placed at frontal horn of right lateral ventricle

การวินิจฉัยโรค : Cerebellar tumor with obstructive hydrocephalus

การรักษาของแพทย์: Craniotomy with tumor removal with ventriculostomy

แรกรับที่ศัลยกรรมชาย 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวลืมตาได้ พูดคุยมีสับสน แต่สามารถทำตามสั่งได้ คะแนนความรู้สึกตัวทางระบบประสาท GCS(Glasgow Coma Score) ผู้ป่วย $E_4V_4M_6$ การตอบสนองของรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง กำลังแขนเกรด 5 กำลังขาเกรด 4 สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 157/94 มิลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจากโรงพยาบาลด่านช้าง วันนี้แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการทำการผ่าตัดนำเนื้องอกออกจากสมอง และทำทางระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง แพทย์ให้เจาะเลือด เตรียมจองเลือดไว้สำหรับในห้องผ่าตัด 4 ยูนิต เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้เตรียม cefazolin 1 กรัม mannitol 200 มิลลิลิตร ไปใช้ห้องผ่าตัด ผลเลือดมี Na^+ 130.4 mmol/L แพทย์ให้ 3% NaCl 500 มิลลิลิตร ทางเส้นเลือดด้วยอัตราเร็ว 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ค่า Na^+ 136.9 mmol/L การผ่าตัดใช้เวลา 5 ชั่วโมง ประมาณการเสียเลือด 1800มิลลิลิตร ได้เลือดในห้องผ่าตัด 2 ยูนิต หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเข้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แพทย์ให้งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางเส้นเลือด ให้ยาปฏิชีวนะ ให้ยาแก้ปวด ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาลดสมองบวม ยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร และมีความดันโลหิตสูงหลังผ่าตัด แพทย์ให้ยาลดความดันทางเส้นเลือด ให้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองร่วมกับการฉีดสารทึบแสง ผลเอกซเรย์ดีขึ้น แพทย์มีคำสั่งให้อาหารทางสายยาง แพทย์ให้ถอดท่อช่วยหายใจและเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทางสายยางให้อาหารแทนยาลดความดันโลหิตทางเส้นเลือด ถอดสายระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง และตัดไหมแผลผ่าตัดที่ศีรษะ แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชาย 2 และให้ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อฟื้นฟูกำลังแขนขา และฝึกกลืนอาหาร ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ แพทย์เจาะเลือด และให้ยาปฏิชีวนะโดยให้ยาแรงขึ้น ผลการเพาะเชื้อของเลือดปกติ แพทย์ให้หยุดให้ยาปฏิชีวนะเมื่อครบ 7 วัน ผลNa^+ ต่ำกว่าปกติแพทย์ให้ 3% NaCl 500 มิลลิลิตร ทางเส้นเลือดด้วยอัตราเร็ว 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และอัตราเร็ว 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และให้ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ด้วยอัตราเร็ว 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และติดตามผลเลือด Na^+ ยังต่ำกว่าปกติ แพทย์ให้ NaCl 2x4 หลังอาหาร และส่งกลับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อฟื้นฟูร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาล และข้อมูลจากผู้ป่วย สรุปการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : สีหน้าผู้ป่วย และญาติกังวล คอยสอบถามอาการ/การผ่าตัดอยู่เสมอ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งแรก

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และยินยอมรับการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล : สีหน้าผู้ป่วย และญาติดีขึ้น เข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์การซักถามน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการพูดคุยแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กับผู้ป่วยและของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแล[1]
2. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และรับทราบปัญหาและแผนการดูแลรักษาของแพทย์
3. ประเมินการรับรู้และภาวะสุขภาพเพื่อวางแผนการพยาบาล
4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาลและไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น
5. เตรียมเอกสารการเซ็นยินยอมผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วย ตรวจสอบเอกซเรย์ปอดและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในระบบ การเตรียมเลือด ยาที่ต้องนำไปห้องผ่าตัด การจอง ICU หลังผ่าตัด
6. แจ้งให้ญาติทราบเกี่ยวกับจุดรอผู้ป่วยขณะผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดและการเข้าเยี่ยมหลังผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาล:

ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ญาติให้ความร่วมมือและยินยอมให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะ เนื่องจากมีเนื้องอกในสมองและมีน้ำคั่งในโพรงสมอง

วัตถุประสงค์ : บรรเทาอาการปวดศีรษะ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความปวดไม่เกิน 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความไม่สุขสบาย ความปวด โดยใช้การซักถามผู้ป่วย ใช้คะแนนความปวดเป็นคะแนน 1-10 (pain score) ให้ผู้ป่วยบอกความเจ็บปวด การตอบสนองความปวด[1]
2. จัดท่านอนให้สุขสบาย ศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใช้ผ้า หมอน พยุงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อยๆ
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ลักษณะของความปวด ความรุนแรงของความปวดซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีผลทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ท่าทางที่ไม่เหมาะสม
5. แนะนำวิธีการจัดการกับความเจ็บปวด เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจต่างๆ การเคลื่อนไหวร่างกาย การขอยาแก้ปวด

6. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมสังเกตประสิทธิผลของยา พร้อมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนของยาแก้ปวด

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น ท่าทางสุขสบาย อาการปวดทุเลาลง คะแนนปวด 3 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม เนื่องจากมีเนื้องอกในสมองน้อยที่มีหน้าที่ควบคุมการทรงตัว

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีผู้ดูแลใกล้ชิดทุกครั้งเมื่อลุกจากเตียง ยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยอยู่บนเตียง และไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่บนเตียง
2. จัดวางของใช้ให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบร้อย ไม่มีสิ่งของกีดขวาง พื้นไม่เปียก[6]
4. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังในการเดิน เนื่องจากการทรงตัวไม่เป็นปกติ ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดขณะเดิน

การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติ พลัดตก หกล้ม ญาติช่วยดูแลใกล้ชิดเมื่อผู้ป่วยลุกเดิน และยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยอยู่บนเตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง[2]

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับยาสลบผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS $E_1V_TM_1$กำลังแขนขาระดับ 1

วัตถุประสงค์: เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกาย และสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์
3. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ และเล็บเท้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะลำคอให้ตรง ประเมินและตรวจสอบตำแหน่งท่อทางเดินหายใจ ฟังปอดและบันทึกอาการที่แสดงถึงการอุดกั้นทางเดินหายใจ[2]
3. สังเกตประเมินอัตราและลักษณะการหายใจ
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

5. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และสังเกตสีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 99 -100 % สีผิวปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลศีรษะสูง เนื่องจากอาจมีภาวะเลือดออกในสมองจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนำเนื้องอกออกจากสมอง
2. ผู้ป่วยมีสายระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาทลดลง ≥ 2 คะแนน ไม่มีอาการชักเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง หากมีอาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง สับสน คะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลง 2 คะแนน แขนขาอ่อนแรง รายงานแพทย์ทันที[2]
2. จัดให้นอนท่าศีรษะสูง 15-30 องศา คอไม่พับ เอียง ช่วยทำให้เลือดไหลกลับไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้น
3. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อจำเป็น เพื่อลดการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ NSS 1000 ml ทางเส้นเลือด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
6. ดูแลสายระบายน้ำไขสันหลังไม่ให้หักพับงอ และให้สายระบายน้ำได้ตลอด
7. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ลดสิ่งกระตุ้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วย $E_4V_TM_6$ กำลังแขนขาลดลงจาก grade 5 เหลือ grade 4 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง มีไข้ต่ำๆ 37.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 140มิลลิเมตรปรอท หลังจากได้ยาลดความดันทางเส้นเลือดและปรับเป็นยารับประทาน ไม่มีอาการชักเกร็ง
ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยแสดงอาการคิ้วขมวด สอบถามพยักหน้าบอกปวดศีรษะ pain score = 5 คะแนน ความดันโลหิต 160/80 -190/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 – 98 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ : สุขสบาย ระดับความเจ็บปวดลดลง พักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด pain score ไม่เกิน 3 คะแนน สามารถพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยการถามผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยยกนิ้วเท่าคะแนนความปวด

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

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เบามือ เช่นการพลิกตะแคงตัวหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย

4. พูดคุยอธิบายเกี่ยวกับอาการปวด สาเหตุ อาการและระยะอาการของการปวดของโรค ในระหว่างการดูแลรักษาและอาการปวดที่ผิดปกติให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ[6]

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยปวดศีรษะ pain score = 3 คะแนน ความดันโลหิต 120/90 มิลลิเมตปรอท ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ สีหน้าผ่อนคลาย สามารถ นอนหลับพักผ่อนได้เป็นพัก ๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากแบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยไม่สามารถถอดท่อหายใจได้ภายใน 48 ชั่วโมง เสมหะขาวขุ่น จำนวนมาก ไอได้บ้าง

วัตถุประสงค์ : ป้องการเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ สามารถหายใจเองได้ ถอดท่อหายใจได้
2. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. ดูแลทำความสะอาดปากและฟันทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ อุปกรณ์สายต่อสะอาด
4. สังเกตและบันทึกลักษณะ สี กลิ่น ความเหนียวของเสมหะ
5. ตรวจสอบ cuff pressure ของท่อหลอดลมให้มีปริมาณ 25-30 mmHg เพื่อป้องกันการสำลัก
6. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
7. เตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วย
8. ตรวจสอบอาการและสัญญาณชีพที่แสดงถึงการติดเชื้อ เช่น ไข้ เสมหะเปลี่ยนสี ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ซึมลง ความดันโลหิตต่ำ[3]

การประเมินผล : ผู้ป่วยรู้ตัวดี สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ หายใจไม่เหนื่อย ขับเสมหะได้เอง อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.7 – 37.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดภาวะสมองบวมเนื่องจากมีภาวะโซเดียมต่ำ[7]

ข้อมูลสนับสนุน: Na^+ = 120.9mmol/L

วัตถุประสงค์ : ป้องกันภาวะสมองบวมจากมีภาวะโซเดียมต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยมีปริมาณโซเดียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (135-145 mmol/L)
2. ไม่มีปวดศีรษะเฉียบพลัน อาเจียนพุ่ง สับสน ชัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการสมองบวม[7]
2. ตรวจสอบอาการ และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา 3 % NaCl 500 ml vein drip 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และตรวจสอบบริเวณที่ให้สารน้ำเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ
3. สังเกตและประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่นคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ สับสน ชัก[5]
4. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าร่างกายและจำนวนปัสสาวะที่ออกในแต่ละเวรเพื่อประเมินคามสมดุลของน้ำเข้าน้ำออกในร่างกาย[8]
5. ติดตามค่าโซเดียมในเลือด หลังได้รับ 3% NaCl ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล:

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว GCS $E_4V_5M_6$ มีอาการปวดศีรษะ ระดับคะแนน 2 บางครั้ง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีภาวะโซเดียมในเลือดปกติ 136.9 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะการวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับในการดูแลปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลปฏิบัติตัวได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่เป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง[1]
3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบห้าหมู่ การพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ6-8 ชั่วโมงเพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดียิ่งขึ้น
4. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยเช่น การเดินรอบๆ บ้าน เป็นต้น
5. ให้ใบคำแนะนำวิธีสังเกตอาการทางระบบประสาท หากมีอาการผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์หรือโทรแจ้ง 1669 เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที
6. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเน้นเรื่อง ยาลดความดันโลหิต และวัดความดันโลหิตเป็นระยะๆที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หากพบว่าความดันโลหิตสูงรีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุและแก้ไขก่อนเกิดอาการซ้ำ

7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมาตรวจตามนัด

8. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการดูแลปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและปฏิบัติได้จริง

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติ รับฟังสามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

การสรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 47 ปี มีอาการขาสั่น เดินเซล้ม ตา 2 ข้างมองไม่เห็น ปวดศีรษะเล็กน้อย 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด่านช้าง เอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเนื้องอกและภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง จึงส่งตัวผู้ป่วยมารับการผ่าตัดนำเนื้องอกออกจากสมองและระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง และมีภาวะโซเดียมต่ำ ได้รับการแก้ไขภาวะโซเดียมต่ำ ได้ยาลดความดันโลหิต ถอดท่อช่วยหายใจได้ ได้รับการเฝ้าระวังอาการ ประเมินอาการทางระบบประสาทและให้การพยาบาลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสมองทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถส่งกลับโรงพยาบาลด่านช้าง รวมวันนอนในโรงพยาบาล 27 วัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยและผ่าตัดอย่างปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤต ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยสามารถกลับไปฟื้นฟูร่างกายโรงพยาบาลด่านช้างได้ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเฝ้าระวังและประเมินอาการ ที่ผิดปกติของผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ การนัดตัดไหม การมาตรวจตามนัดของ แพทย์ประสาทศัลยศาสตร์ และ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู การรับประทานยา และมีการติดตามการดูแลต่อเนื่อง

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

ผู้ป่วยมีสายระบายน้ำไขสันหลัง ต้องดูแลให้ทำงานได้ดี ไม่เกิดการอุดตันทำให้ความดันในกระโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 7 วัน และภาวะโซเดียมต่ำยังไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติต้องรับประทาน Sodium tab แขนขาจากเดิม grade 5 เหลือ grade 4 ต้องฟื้นฟูต่อ

ข้อเสนอแนะ

นอกจากการวินิจฉัยและผ่าตัดอย่างรวดเร็วจนปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤตแล้วพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเฝ้าระวังและประเมินอาการ ที่ผิดปกติของผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ การมาตรวจตามนัดและมีการติดตามการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการรับประทานยาและอาหารทางสายให้อาหารและปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. นลินี พสุคันธภัค, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
2. พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจ. กรุงทพฯ : ธนาเพชรจำกัด; 2553.
3. อะเคื้อ อุณหเลกะ. แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมืองนวรัตน์;2560.
4. ทนันชัย บุญบูรพงศ์. การบำบัดระบบทางเดินหายใจในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: หจก. บ้านหนังสือโกสินทร์; 2552.
5. บุญชัย พิพัฒน์วนิชกุล, ภัทรา อังสุวรรณ, นลินี พสุคันธภัค, บุปผา ศุภนันทนานนท์, ศรัณยา โฆสิตะมงคลวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และคณะ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.;
6. ศศิธร ดวงมั่น. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น :ม.ป.พ.; 2550.
7. พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา. Endocrine complications after neurosurgery. สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ,
8. สมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล, สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, บรรณาธิการ.กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2545; 124-44.
9. สาโรช นิมกาญจน์.Management of congenital adrenal hyperplasia.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ,
10. สมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล, สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, บรรณาธิการ.กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2545; 307-11.