การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดสมอง : กรณีศึกษา

ธีราพร โสขุมา*

บทคัดย่อ

โรคเนื้องอกสมองพบได้ทุกเพศ ทุกวัย เมื่อเกิดขึ้นที่สมองส่วนใด จะทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนนั้นและส่วนใกล้เคียง การรักษา คือ การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด โดยไม่ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่มากกว่าก่อนการผ่าตัด และให้ส่วนที่สูญเสียหน้าที่ไปนั้นกลับคืนสู่สภาวะปกติให้มากที่สุด การผ่าตัดและการให้การระงับความรู้สึกมีความยุ่งยากซับซ้อน โดยมีเป้าหมายการระงับความรู้สึก คือ การดูแลให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานใกล้เคียงกับภาวะปกติให้มากที่สุด เฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น หรือหากเกิดขึ้นต้องสามารถแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว และหลังจากการระงับความรู้สึกและผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระบบของร่างกาย ตลอดจนการระงับปวดที่เหมาะสม

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 38 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ชาใบหน้าและแขนด้านขวา ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่ามีเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง(meningioma) บริเวณกระดูก sphenoid wing ข้างขวา 1 เดือนก่อนมา ปวดศีรษะมากขึ้น ไม่คลื่นไส้อาเจียน ตาซ้ายพร่ามัว เดินไม่ไหว แพทย์จึงนัดมาผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ(craniotomy) เพื่อนำเนื้องอกออก ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยรายนี้คือ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากพยาธิสภาพของโรคและการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือด เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างการผ่าตัด หลังผ่าตัดไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนัก และควบคุมการหายใจด้วยเครื่องควบคุมปริมาตร (volume control ventilator) หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยโดยแพทย์อนุญาต รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 8 วัน

คำสำคัญ เนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง , การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ , การระงับความรู้สึก

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

โรคเนื้องอกสมอง brain tumor) เป็นการเจริญเติบโตของเซลล์ภายในสมอง การแบ่งชนิดของเนื้องอกสมองแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ แบ่งตามลักษณะเซลล์ต้นกำเนิด โดยเกิดจากเซลล์ภายในสมองเอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น และแบ่งตามความรุนแรง มีชนิดร้ายแรง หรือชนิดไม่ร้ายแรง เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงจะมีการเจริญเติบโตช้า ไม่ลุกลามไปยังส่วนอื่นของร่างกาย ส่วนชนิดร้ายแรงเรียกว่า มะเร็ง จะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรง[1] อุบัติการณ์การเกิด ทั่วโลกพบเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรงประมาณ 11.5 คน ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี เนื้องอกสมองชนิดไม่ร้ายแรงพบประมาณ 7.2 คน ต่อประชากร 100.000 คนต่อปี สำหรับประเทศไทยพบประมาณ 18.7 คน ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี[2]

โรคเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (Meningioma)

เป็นเนื้องอกในสมองชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในชั้นเยื่อหุ้มสมองและเยื่อหุ้มไขสันหลัง มักโตช้าและอาจใช้เวลาหลายปีกว่าผู้ป่วยจะมีอาการ จึงยากต่อการวินิจฉัย ในบางครั้งอาจส่งผลต่อเนื้อเยื่อสมอง เส้นประสาทและหลอดเลือดโดยรอบ ทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ เนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมองสามารถเกิดได้ในคนทุกเพศทุกวัย แต่ส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุและเป็นเพศหญิง ผู้ป่วยอาจจะมีก้อนเนื้อเพียงก้อนเดียวหรือหลายก้อนก็ได้ มักชอบเกิดในตำแหน่งจำเพาะ เช่น Lesser wing ของกระดูก Sphenoid, Parasagittal, Convixity, และ Intraventicle ซึ่งในแต่ละตำแหน่งก็จะแสดงอาการเฉพาะที่ และมีวิธีการผ่าตัดที่แตกต่างกันออกไป โดยทั่วไปเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามลักษณะของเนื้องอก[3] ได้แก่ ระดับที่ 1 เป็นเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมองที่เจริญเติบโตช้าและไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย มักพบได้บ่อยกว่าระดับอื่น ระดับที่ 2 เป็นเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมองที่ผิดปกติและเริ่มเจริญเติบโตได้เร็วยิ่งขึ้น เนื้องอกในระดับนี้สามารถเกิดขึ้นซ้ำได้แม้จะผ่าตัดออกไปแล้ว ระดับที่ 3 เป็นเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมองที่เป็นเซลล์มะเร็ง ทำให้เจริญเติบโตและแพร่กระจายไปยังบริเวณโดยรอบได้อย่างรวดเร็ว

อาการผู้ป่วยจะค่อยๆแสดงอาการออกมาทีละน้อย ขึ้นอยู่กับว่าเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองเกิดในส่วนใดของสมอง บางรายอาจเกิดบริเวณกระดูกสันหลัง แต่จะพบได้ค่อนข้างน้อย ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยที่สุดจะเป็นอาการปวดศีรษะ มือหรือเท้าอ่อนแรง และอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น มีอาการสับสน ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียนพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป มองเห็นภาพซ้อนหรือภาพเบลอ สูญเสียการได้ยินหรือหูอื้อ หรือมีปัญหาการพูด สูญเสียความทรงจำ สูญเสียการรับรู้กลิ่น รู้สึกชาหรือเจ็บบริเวณใบหน้า ร่างกายกระตุก ชัก เป็นต้น หากอาการปวดศีรษะแย่ลงเรื่อยๆ อาการที่เกิดขึ้นสร้างความกังวลใจหรือส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย แต่หากมีอาการชัก การมองเห็นหรือความจำเปลี่ยนไป หรือเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็ว สาเหตุปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองแน่ชัด แต่คาดว่าเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 22 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากคนในครอบครัวที่มีประวัติโรคท้าวแสนปมชนิดที่ 2 หรือมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่คาดว่าก่อให้เกิดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองได้ เช่น การฉายรังสีบริเวณศีรษะ ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในร่างกายผู้หญิง โรคอ้วนหรือมีค่าดัชนีมวลกายสูง ผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี เป็นต้น

การวินิจฉัย

มีการเจริญเติบโตของเนื้องอกอย่างช้าๆ และอาการของโรคมักคล้ายกับปัญหาสุขภาพทั่วไปที่พบในผู้สูงอายุ จึงอาจทำให้ยากต่อการวินิจฉัยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าข่ายมีเนื้องอก แพทย์ผู้ดูแลอาจส่งตัวไปพบกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยวิธีต่างๆ ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว เช่น CT scan, MRI scan, การตัดชิ้นเนื้อ (biopsy), การฉีดสีเข้าหลอดเลือดสมอง (cerebral angiogram) เพื่อดูหลอดเลือดที่ส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้องอก หรือผลกระทบของก้อนเนื้อต่อการไหลเวียนของเลือดในสมองแต่มักใช้ตรวจในผู้ป่วยน้อยราย

การรักษาเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง

แพทย์จะรักษาเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองโดยพิจารณาจากหลายปัจจัย เช่น ขนาดของเนื้องอก ตำแหน่งที่เกิดเนื้องอก อัตราการเจริญเติบโตของเนื้องอก อายุและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย และจุดประสงค์ในการรักษา ในกรณีที่เนื้องอกมีขนาดเล็กและไม่มีอาการใดๆ ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ได้รับการรักษาในทันที แต่จะต้องตรวจสแกนสมองเป็นระยะ เพื่อประเมินการเติบโตของเนื้องอก โดยแพทย์จะเลือกวิธีรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน หากเนื้องอกนั้นเจริญเติบโตและแสดงอาการ คือ การผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมักเกิดในสมองและไขสันหลังซึ่งมีโครงสร้างที่ละเอียดอ่อนสูง แพทย์จะใช้วิธีนี้เพื่อผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้ได้มากที่สุด โดยมักต้องผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) เพื่อเข้าถึงเนื้องอกและผ่าตัดได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีเลือดออก หรือมีอาการเฉพาะอื่นๆ ตามบริเวณที่ถูกผ่าตัด อย่างเช่น สูญเสียการมองเห็นจากการผ่าตัดเนื้องอกที่อยู่ใกล้เส้นประสาทตา การฉายรังสี การฉายรังสีพลังงานสูง จะช่วยทำลายเซลล์มะเร็งหรือเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดออกมาได้ ทำให้เนื้องอกฝ่อ ป้องกันการเจริญเติบโตของเนื้องอกและลดโอกาสในการเกิดเนื้องอกซ้ำ โดยจะมีหลายประเภทที่แพทย์เลือกใช้ เช่น การฉายรังสีร่วมพิกัด การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม หรือการฉายรังสีอนุภาคโปรตอน เป็นต้น การใช้ยารักษาเคมีบำบัด (Chemotherapy) อาจนำมาใช้รักษาเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมองระดับที่ 2 และระดับที่ 3 และใช้กับระดับที่ 1 ในกรณีที่การผ่าตัดและการฉายรังสีใช้ไม่ได้ผล แต่มักใช้ในผู้ป่วยน้อยราย การรักษาทางเลือก วิธีนี้อาจไม่ได้ทำให้เนื้องอกหายไป แต่อาจช่วยบรรเทาอาการข้างเคียงหลังการรักษาและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต การนวด การทำสมาธิ การทำดนตรีบำบัด การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น โดยทั่วไปเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองและวิธีการรักษาอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในระยะยาว โดยเฉพาะการผ่าตัดหรือรังสีรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป และชักได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก สมองบวม ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง หรือเสียชีวิต เป็นต้น

การผ่าตัดเนื้องอกสมองเป็นหนึ่งชนิดของการผ่าตัดทางระบบประสาทส่วนสมอง โดยเปิดกะโหลกศีรษะเป็นแผ่น (Craniotomy) เพื่อการรักษารอยโรคที่เป็นเนื้องอกสมองออก ตำแหน่งของการเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อเลือกช่องทางเข้าหาพยาธิสภาพในกะโหลก ขึ้นอยู่กับความชำนาญและประสบการณ์ของ

ศัลยแพทย์ โดยจะเลือกผ่านทางที่ใช้ระยะเวลาที่สั้นที่สุด มีการดึงรั้งหรือทำลายเนื้อสมองน้อยที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด

ด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง มีแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทศัลยแพทย์ ประสาทอายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์ที่มีความชำนาญ มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย พบสถิติการผ่าตัดทางศัลยกรรมประสาท ในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2566 จำนวน 122 ราย เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและอุบัติเหตุ 62 ราย ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง 15 ราย และผู้ป่วยระบบประสาทอื่นๆ 45 ราย[4] ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวทุกราย และบางรายไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้เนื่องจากพยาธิสภาพของเนื้อสมองถูกรบกวน ซึ่งจากที่ได้กล่าวไว้ว่า สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย และมีความสลับซับซ้อน การวินิจฉัยโรค และการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว สามารถลดอัตราตายและพิการของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ บทบาทของวิสัญญีพยาบาลที่สำคัญจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงการเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต และลดความพิการ ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และผลกระทบทั้งร่างกายจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถกลับบ้านและดำรงชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด Craniotomy with tumor removal

วิธีดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ที่เข้ารับการผ่าตัด Craniotomy with tumor removal ในช่วงเดือน กรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2566 โดยเลือกเฉพาะเจาะจง 1 ราย

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัย การรักษาและการพยาบาลเกี่ยวกับโรคเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ที่เข้ารับการผ่าตัด Craniotomy with tumor removal โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และเวชระเบียนผู้ป่วย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหา ความต้องการทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลทางวิสัญญีในระยะก่อนการระงับความรู้สึก 1 วัน ระหว่าง และหลังให้การระงับความรู้สึก จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางวิสัญญี วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลทางวิสัญญี ประเมินผล สรุปอภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 38 ปี 7 เดือน น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร รูปร่างท้วม อาชีพรับราชการ การศึกษา ปริญญาโท สถานภาพ โสด ปฏิเสธโรคประจำตัว และไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร

อาการสำคัญ แพทย์นัดมาทำการผ่าตัด Craniotomy with tumor removal

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 8 เดือนก่อนมา มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ชาใบหน้าด้านขวาและแขนขวา แพทย์ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) พบว่ามีเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (meningioma) 1 เดือนก่อนมา มีอาการปวดศีรษะมากขึ้น มักปวดช่วงเวลา 02.00 – 03.00 น. ตาซ้ายพร่ามัวมากขึ้น เดินไม่ไหว ไม่มีแขนขาอ่อนแรง แพทย์จึงนัดมาทำการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

การตรวจร่างกาย

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

ตา : ลืมตาได้ตามปกติ ขนาดรูม่านตา ข้างขวา 3 มิลลิเมตร React ข้างซ้าย 2.5 มิลลิเมตร Sluggish ตาขวามองเห็นได้ตามปกติ ตาซ้ายพร่ามัวมองเห็นได้ไม่ชัดเจน

ลักษณะการหายใจ : หายใจได้ตามปกติ หน้าอกสองข้างขยายเท่ากันดี อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ Glasgow coma scale = $E_4V_5M_6$

การเคลื่อนไหว : สามารถเคลื่อนไหวได้เอง มีอาการชาแขนข้างขวา กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาทั้งสองข้าง grade 5

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ :

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 14.5 g/dl , Hct 42.6 % ,WBC 8,110 cell/ul Platelet Count 329,000 cell/uL ,BUN 12.0 mg/dl, Creatinine 0.59 mg, Serum Na 132.1 mmol/L, K 4.6 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO2 22.6 mmol/L

ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ : Possible 5.6 x 4.5 x 5.5 cm. meningioma at right frontal region with hyperostosis of right greater sphenoid wing, an 8 mm. midline shift to left and impending tonsillar herniation.

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด : ผลปกติ

ผลการตรวจคลื่นหัวใจ : Normal Sinus rhythm

การวินิจฉัยโรค : โรคเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (Meningioma)

การรักษาของแพทย์ : เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด เจาะ CBC , BUN/ Cr , Electrolyte , Anti HIV , CXR , EKG จอง PRC 2 unit., จอง ICU Set ผ่าตัด Craniotomy with tumor removal

การประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึก : ผู้ป่วยหญิงไทยวัยกลางคน อายุ 38 ปี 7 เดือน รูปร่างค่อนข้างท้วม น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 27.9 รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ปวดศีรษะเป็นบางครั้ง ตาซ้ายพร่ามัว ชาใบหน้าและแขนด้านขวา ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกตามนัด มานอนโรงพยาบาลวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เพื่อเตรียมผ่าตัดในวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2566 สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/99 มิลลิเมตรปรอท เข้านอนรับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและเด็ก 2 แพทย์มีแผนการรักษา CBC , BUN/Cr , Electrolyte , Anti HIV , CXR , EKG เตรียม PRC 2 unit , จองเตียง ICU งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ให้สารน้ำเป็น 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด นัดผ่าตัด Craniotomy with tumor removal วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เวลา 09.00 น.

การประเมินและการเตรียมผู้ป่วย : การเยี่ยมและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถึงขั้นตอนการระงับความรู้สึกซึ่งมีความสำคัญมาก ได้แก่ การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม วิธีการที่ใช้เพื่อนำสลบ รวมถึงแผนการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดและการระงับปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดอีกด้วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติถามว่าผ่าตัดแล้วจะหายหรือไม่ ดมยาสลบแล้วจะฟื้นหรือไม่
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ คลายความวิตกกังวลและเข้าใจวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลและพูดคุยมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติและพูดคุยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร[8]
2. ให้โอกาสพูดคุยระบายความรู้สึกกังวลและความหวาดกลัว และซักถามข้อสงสัยพร้อมอธิบายข้อสงสัย
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก วิธีการและขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งวิธีปฏิบัติตัวในการให้ยาระงับความรู้สึก
4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีความมั่นใจในทีมให้ยาระงับความรู้สึกว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลในการดูแลตลอดระยะเวลาการผ่าตัด
5. ให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดตามความจำเป็น แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สภาพของห้องผ่าตัด และสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ท่าทางผ่อนคลายวิตกกังวลน้อยลง เข้าใจวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก สามารถอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่เคยได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดมาก่อน
2. มีสีหน้าวิตกกังวล มองไปรอบๆ ห้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์ มีความรู้ความเข้าใจขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความสามารถในการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกได้
2. ผู้ป่วยมีความพร้อมสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ตามแผนที่กำหนดไว้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกและผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 1 วัน[6]
2. อธิบายให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำสระผม การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี วิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ การงดน้ำงดอาหาร
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนี้

3.1 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลประเมินผู้ป่วยซ้ำ ดังนี้ ตรวจสอบ ชื่อ – นามสกุล อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร บันทึกการส่งผ่าตัด บันทึกผู้ป่วย

3.2 ขั้นตอนนำสลบ จัดท่านอนหงาย ติดอุปกรณ์เครื่องติดตามสัญญาณชีพ

3.3 ขั้นนำสลบ ฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหลับจะมีการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อควบคุมการหายใจ และการจัดท่าสำหรับการผ่าตัด

3.4 ระหว่างการผ่าตัด จะมีวิสัญญีพยาบาลดูแลตลอดเวลา และให้ยาแก้ปวดเป็นระยะตามแผนการรักษาของแพทย์

3.5 หลังผ่าตัดเสร็จวิสัญญีพยาบาลจะถอนฤทธิ์ยาสลบ และแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยตื่นหายใจดีจะพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ[7] และให้ผู้ป่วยหายใจเอง ถ้าหายใจได้ดีแล้ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงนำส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมต่อไป เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด

3.6 หลังผ่าตัด ถ้ายังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ อาจต้องรอเวลาให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไว้ก่อนและจะถอดให้เมื่อผู้ป่วยตื่นดี และหายใจได้ดี

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพหลังผ่าตัด โดยจะมีสายน้ำเกลือหลายเส้น มีสายอื่นๆ สำหรับติดตามวัดความดันโลหิตแบบตลอดเวลาที่ข้อมือซ้าย มีผ้าก๊อซปิดแผลผ่าตัดที่ศีรษะ มีสายใส่ทางจมูก และมีสายท่อปัสสาวะคาไว้ก่อน
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบคำถามและข้อสงสัยด้วยท่าทีที่อบอุ่นและนุ่มนวล

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกและการเตรียมการผ่าตัดได้ถูกต้อง ญาติมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างดี ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการเตรียมตัวรับการให้ยาระงับความรู้สึก และมีความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึก

การประเมินระยะให้การระงับความรู้สึก

ระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว[8] (general anesthesia) แบบสมดุลทั้ง 3 ด้าน (ยาที่คงการหลับ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวด) เฝ้าระวังสัญญาณชีพแบบมาตรฐาน (basic monitoring) EKG, NIBP, O_2 saturation, temperature, end tidal CO_2 with gas analyzer เพิ่มอุปกรณ์วัดความดันในหลอดเลือดแดง (arterial line: A-line) และเปิดเส้นเลือดสำหรับให้สารน้ำเพิ่ม 2 เส้น ก่อนให้การระงับความรู้สึก Pre- oxygenation with oxygen 100 % นำสลบด้วย Propofol 140 มิลลิกรัมเมื่อผู้ป่วยหลับช่วยหายใจผ่าน face mask No.3 ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย cisatracurium 10 มิลลิกรัม (ท่อช่วยหายใจ No.7.5 ลึก 20 เซนติเมตร รักษาระดับการหย่อนกล้ามเนื้อด้วย cisatracurium 2 มิลลิกรัมทุก 30 นาที ควบคุมระดับความรู้สึกด้วย Air : O_2 : Sevoflurane ควบคุมความปวดระหว่างผ่าตัดด้วย Fentanyl 50 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร ปริมาณทั้งหมดที่ได้รับขณะผ่าตัด 150 ไมโครกรัม ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลจัดท่านอนหงายหนุนหลังด้านขวาสูง บิดหน้าไปทางขวาเล็กน้อย เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดเวลาเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างได้รับการระงับความรู้สึก พร้อมทั้งบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที สัญญาณชีพในชั่วโมงแรกและชั่วโมงที่ 2 ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 104/60 ถึง 126/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 - 110 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % หลังจากเริ่มผ่าตัดในช่วงปลายชั่วโมงที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียเลือดจำนวนมากเนื่องจากผ่าตัดถูกแอ่งหลอดเลือดดำ ทำให้เลือดที่เตรียมไว้ สำหรับผ่าตัด PRC 2 unit ไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพิ่มด่วน ต้องให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างรวดเร็ว รวมการสูญเสียเลือดทั้งหมดประมาณ 2,500 มิลลิลิตร ในขณะผ่าตัดได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9% NSS 3,000 มิลลิลิตร, Acetar 300 มิลลิลิตร, Volulyte 1,000 มิลลิลิตร, PRC 2 unit, FFP 2 unit ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดต่ำลง จำเป็นต้องให้ยาตีบหลอดเลือด คือ Norepinephrine 4:100 ทางหลอดเลือดดำ ปรับอัตราเพิ่มและลดยาตามค่าความดันโลหิต ควบคุมค่า MAP (mean arterial pressure) ให้มากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท รวมระยะเวลาที่รับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก 3 ชั่วโมง 10 นาที หลังทำการผ่าตัดเสร็จ สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในช่วงปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 – 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 – 100 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % ผู้ป่วยยังมีระบบไหลเวียนไม่คงที่ จึงยังพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจไว้ก่อนและส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหนัก เพื่อควบคุมการหายใจด้วยเครื่องควบคุมปริมาตร (volume control ventilator) และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวิสัญญีระยะให้การระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด[9]

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีเลือดออกจากแผลผ่าตัด 2,500 มิลลิลิตร
2. ความดันโลหิต 80/40 – 90/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร มากกว่า 100 ครั้ง/นาที
3. Hb 8.0 g/dl
4. ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ
2. Hb. ไม่ต่ำกว่า 10 g/dl หรือ Hct. ไม่ต่ำกว่า 30 %
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบปริมาณเลือดสำหรับผ่าตัดให้พร้อมใช้กับธนาคารเลือด
2. ตรวจสอบบริเวณที่เปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำอยู่ในสภาวะปกติ ไม่บวมหรืออยู่นอกหลอดเลือดจำนวน 3 เส้น
3. คำนวณการทดแทนการเสียเลือดของผู้ป่วย ตรวจดูความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเป็นระยะและดูแลให้สารน้ำและส่วนประกอบของเลือดให้เพียงพอต่อปริมาณเลือดที่สูญเสียไป
4. เฝ้าระวังการเสียเลือดจากบริเวณแผลผ่าตัด ผ้าซับเลือด และขวด suction
5. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจรและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ระหว่างได้รับการระงับความรู้สึก พร้อมบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที[9] หากพบความผิดปกติ แจ้งวิสัญญีแพทย์ทราบเพื่อทำการแก้ไขอย่างรวดเร็ว
6. ประเมินความสมดุลของสารน้ำที่เข้า – ออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง

การประเมินผล

ใช้เวลาผ่าตัดและรับการระงับความรู้สึก 3 ชั่วโมง 10 นาที สูญเสียเลือด 2,500 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ Acetar 300 มิลลิลิตร, 0.9 % Normal saline 3,000 มิลลิลิตร ได้รับ PRC 2 unit , FFP 2 unit ปัสสาวะออก 200 มิลลิลิตร ได้รับยาตีบหลอดเลือด Norepinephrine 4:100 อัตรา 3 – 5 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ชีพจร 90 – 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 110/70 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ใช้เวลาผ่าตัดมากกว่า 2 ชั่วโมง ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิต่ำกว่า 22 องศาเซลเซียส
2. ยาระงับความรู้สึกมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและก๊าซที่ใช้ระงับความรู้สึกเป็นก๊าซแห้ง

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ควบคุมอุณหภูมิกาย > 36 องศาเซลเซียส จับตัวผู้ป่วยอุ่นดี ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายมือได้ตลอดเวลา
3. Monitor EKG ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ
4. ผู้ป่วยฟื้นจากยาดมสลบ โดไม่มีภาวะฟื้นจากยาดมสลบช้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน
2. ใส่ core temperature เพื่อประเมินการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
3. คลุมร่างกายส่วนที่สามารถห่มได้ด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน เพื่อเพิ่มความอบอุ่นให้ร่างกาย
4. ปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัด ไม่ควรต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส[11]
5. อุ่นสารน้ำก่อนให้ผู้ป่วย
6. ปรับปริมาณยาดมสลบซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและเสริมด้วยยาระงับปวด

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัด อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.2 – 36.4 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยตัวไม่เย็น ปลายมือปลายเท้าอุ่นดี เล็บเป็นสีชมพูสามารถวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 100 % EKG ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 90 -100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 110/60 มิลลิเมตรปรอท ฟื้นจากยาดมสลบได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนในขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. การให้การระงับความรู้สึกต้องมีการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยหายใจตลอดการผ่าตัด
2. ขณะใส่ท่อช่วยหายใจระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจะลดลงเนื่องจากได้รับยานำสลบและยาหย่อนกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ชีพจร 80 – 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมท่อช่วยหายใจขนาด 6.5 , 7.0 , 7.5 อุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจให้เหมาะสม Blade โค้ง No. 3 ,guide wire , Face mask No. 3 , oral airway No. 3 , C-MAC พร้อม Blade[7]
2. จัดท่าในการใส่ท่อช่วยหายใจโดยการหนุนศีรษะให้สูงประมาณ 10 เซนติเมตร[7]

3. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยวิสัญญีพยาบาลที่มีความชำนาญในการใส่ท่อช่วยหายใจ

4. เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้เหมาะสม และติดด้วยแถบกาวเหนียว เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมีค่า 100 % สัญญาณชีพปกติ

การประเมินหลังให้การระงับความรู้สึก

เนื่องจากขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก ระบบไหลเวียนยังไม่คงที่ ต้องได้รับยาตีบหลอดเลือดอยู่ จึงพิจารณาไม่ถอดท่อช่วยหายใจ และให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักเพื่อควบคุมการหายใจด้วยเครื่องควบคุมปริมาตร (volume control ventilator) และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ได้ดูแลส่งต่ออาการผู้ป่วยให้หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุรับทราบ นำส่งผู้ป่วยโดยวิสัญญีพยาบาล สัญญาณชีพก่อนเคลื่อนย้ายปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 – 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 110/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมีค่า 100 % ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัยระหว่างห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวิสัญญีระยะหลังได้รับการระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนหรือทางเดินหายใจอุดกั้นขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Craniotomy with tumor removal ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว
2. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ และยังไม่รู้สึกตัว

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด ไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ชีพจร 80 – 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมีค่าไม่น้อยกว่า 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้างและสัมพันธ์กับการช่วยหายใจ

2. จัดท่าให้ทางเดินหายใจโล่ง ดูแลท่อช่วยหายใจให้ไม่หักพับงอ ไม่มีเสมหะอุดตัน ตำแหน่งท่อช่วยหายใจเหมาะสมและยึดติดแน่นไม่เลื่อนหลุดง่าย[5]

3. ดูแลเช็คอุปกรณ์สำหรับเคลื่อนย้าย เช่น Ambu bagพร้อมสายต่อออกซิเจน เครื่องวัดค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เช็คปริมาณออกซิเจนในถังให้เพียงพอสำหรับเคลื่อนย้าย และดูแลให้ได้รับ

ออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยเปิดความเข้มข้นออกซิเจน 6-10 ลิตร/นาที[6] อัตราการช่วยหายใจ 10 -12 ครั้ง/นาที[6]

4. สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพระหว่างเคลื่อนย้าย สังเกตสีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะเคลื่อนย้ายตลอดเวลา

5. ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ เกี่ยวกับการให้การระงับความรู้สึก ชนิดการผ่าตัด การสูญเสียเลือด ปริมาณสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนขณะให้การระงับความรู้สึก ยาที่ได้รับเพิ่มเติม เพื่อให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 90 – 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 110/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมีค่า 100 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกาย และสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง

ข้อมูลสนับสนุน หลังได้รับยาสลบผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS $E_1V_TM_1$ กำลังแขนขา grade 0

วัตถุประสงค์ เนื้อเยื่อของร่างกาย และสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่มีอาการคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือและเล็บเท้า
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าให้เหมาะสมศีรษะสูงเล็กน้อย คอไม่พับเอียง ระวังการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ และได้รับออกซิเจน 6 - 10 ลิตร/นาที[6]

2. ดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอ ดูแลดูดเสมหะให้อย่างสม่ำเสมอ

3. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน สีผิวของริมฝีปากและปลายนิ้วมือปลายนิ้วเท้า ส่งต่ออาการ ความสำเร็จของการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดของผู้ป่วยกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผล

ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน 95-100 % สีผิวและริมฝีปากปกติ หน้าอกยุบและขยายตามการควบคุมการหายใจดี สัญญาณชีพอยู่ในค่าปกติ

สรุปและอภิปรายผล

เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) เป็นเนื้องอกที่พบเป็นอันดับหนึ่งของเนื้องอกสมองทั้งหมดที่เกิดจากเนื้อสมองเองหรืออวัยวะรอบๆ สมอง เนื้องอกชนิดนี้ส่วนใหญ่เป็นเนื้อดีมากกว่าเนื้อร้าย ซึ่งเนื้องอกชนิดนี้จะโตช้า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า อาการแสดงค่อนข้างหลากหลายขึ้นอยู่กับว่าเกิด

เนื้องอกขึ้นบริเวณใด เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ตาบอด หูหนวก ชาหรือชัก เป็นต้น แต่เนื้องอกชนิดนี้สามารถรักษาได้ หากก้อนมีขนาดเล็กก็สามารถเฝ้าดูอาการหรือขนาดของเนื้องอกไปก่อนได้ แต่หากเริ่มมีอาการมากขึ้นหรือก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ขึ้น การผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อเอาเนื้องอกออก (craniotomy with tumor removal) มักเป็นทางเลือกแรกที่ใช้ในการรักษาให้ผู้ป่วย ซึ่งการรักษามักได้ผลดีถ้าสามารถเอาเนื้องอกออกได้หมด อัตราการเสียชีวิตต่ำ สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่ยังต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจแสดงถึงการเกิดเนื้องอกสมองซ้ำได้อีก ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) บริเวณกระดูก sphenoid wing ข้างขวา แพทย์นัดมาผ่าตัด ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วตัว การผ่าตัดราบรื่นดีผู้ป่วยไม่เกิดการรู้ตัวหรือการขยับร่างกายซึ่งจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะและความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ในช่วงที่ศัลยแพทย์ตัดเนื้องอกซึ่งอยู่ใกล้แอ่งหลอดเลือดดำทำให้เสียเลือดจำนวนมากและรวดเร็ว วิสัญญีพยาบาลได้ทดแทนสารน้ำและเลือดได้เหมาะสมและทันการณ์ จึงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย แต่ยังมีระบบไหลเวียนโลหิตที่ยังไม่คงที่ ยังต้องให้ยาตีบหลอดเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อเพิ่มความดันโลหิตให้ผู้ป่วย และพิจารณาไม่ถอดท่อช่วยหายใจออกหลังผ่าตัด ดูแลประสานงาน ส่งต่ออาการสำคัญและอาการที่ต้องเฝ้าระวังให้หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุรับทราบ ดูแลเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัย ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ใด ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจและหายใจได้เองในวันต่อมา ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2 วันและได้ย้ายมาดูแลต่อที่ตึกศัลยกรรมหญิงและเด็ก 2 มีอาการดีขึ้นตามลำดับ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 8 วัน

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ ปัญหา / อุปสรรค

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อเอาเนื้องอกออก (Craniotomy with remove tumor) มีโอกาสจะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ตลอด วิสัญญีพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยในขณะผ่าตัด ควรมีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าอาจเกิดเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตได้ มีทักษะในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา มีการเตรียมพร้อมในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ สารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด ยาที่ใช้ในทางวิสัญญี เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้กับหอผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ รวมถึงบุคลากรที่เป็นผู้ให้การระงับความรู้สึกจำเป็นต้องมีประสบการณ์ ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกได้

ข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการที่ไม่รุนแรงมาก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีโรคประจำตัว ในขณะผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากและรวดเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำลง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจค้างไว้และย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด หน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลนอกจากการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือดให้พร้อมใช้สำหรับการให้การระงับความรู้สึกและการผ่าตัดแล้วนั้น การให้คำแนะนำและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติได้มากขึ้น รวมถึงการให้การพยาบาลตาม

หลักการที่ถูกต้องและเคร่งครัด ควรจัดวิสัญญีพยาบาลที่มีความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตามหลักการที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และควรมีการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับเจ้าหน้าที่สาธรณสุขใกล้บ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรุณา ชูกิจ. การพยาบาลหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมอง. การพยาบาลศัลยศาสตร์ วิกฤต. รัชนี เบญจธนัง, พิมพ์จิตร กาญจนสินธุ์, ปราณี ทองใส, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช; 2558.
2. ธิดา เอื้อกฤดาการ. การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2550. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย.2566]. เข้าถึงไดจาก: http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/New%201511/neuro_Anes.pdf
3. American Brain Tumor Association(ABTA).Tumor grading and staging. [Internet]. Chicago: Bryn Mawt Ave; 2014 [เข้าถึงเมื่อ20 ก.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: http:www.abta.org/brain_tumor_information/diagnosis/grading_ataging.html.
4. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี.รายงานสถิติงานเวชระเบียน ประจำปี 2566; 2566.
5. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล Handbook of nursing diagnosis. กรุงเทพฯ: NP press limited partnership; 2566.
6. มานี รักษาเกียรติศักดิ์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแหง วัชรักษะ, ขนิษฐา ไกรประสิทธิ์ และปาริชาต อภิเดชากุล. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ Basic anesthesia and procedural unit. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทย์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล;2560. 345-92
7. ศิริวรรณ จิรสิริธรรม. ตำราวิทยาศาสตร์พื้นฐานวิสัญญีวิทยารามาธิบดี(RAMATHIBODI TEXTBOOK OF BASIC SCIENCE IN ANWSTHESIOLOGY). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559. 1132-47.
8. นฤมล ทองลิ่ม. การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล รามาธิบดี. 2540;3(1):120-129
9. วัลภา คุณทรงเกียรติ . (2554). ภาวะช็อคและการพยาบาล : (พิมพ์ครั้งที่4). ศรีศิลปะการพิมพ์ชลบุรี
10. ประภา รัตนไชย, สมบูรณ์ เทียนทอง, สุปราณี นิรุตติศาสตร์, วิชัย อิทธิชัยกุลฑล, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, ปิ่น ศรีประจิตติชัย, และคณะ.แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด(Clinical guidance for acute postoperative pain management).ม.ป.ท.;ม.ป.พ.;2562. 10-15
11. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทสามเจริญ; 2554.หน้า 204-20

12. ฐิติมา จำนงค์เลิศ, วรารัตน์ บุญญสะ, วราลักษณ์ บุญชัย, นุชนาถ ฤทธิ์สนธ์, นุชสรา พานสัมฤทธิ์, นัทฐา พธิโยธิน และคณะ. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอุณหภูมิต่ำในผู้ป่วยขณะผ่าตัด. วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2555; 5(2): 19-30.
13. วิชัย อิทธิชัยกุลทล, ตำราการระงับความรู้สึกในประสาทศัลยศาสตร์ Neuroanesthesia. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด; 2557.