

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะเลือดคั่งในโพรงสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายในโพรงสมอง
 2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2567 รวมระยะการดูแล 11 วัน
 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
- บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทางการแพทย์เรียกว่า Stroke เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิตและอันดับ 3 ของความพิการ ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน เพศชาย ร้อยละ 58 เพศหญิง ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่ เป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 69 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับการรักษาทันที หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในปี 2565-2567 ได้แก่ 676, 826 และ 958 ราย ตามลำดับ พบว่ามีจำนวนสูงขึ้น และผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดคั่งในโพรงสมอง จำนวน 245, 180 และ 150 ราย และได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายเลือดในโพรงสมองในจำนวน ได้แก่ 134, 99 และ 76 ราย (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2568) ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ จึงจำเป็นต้องมีระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลันพบว่าสามารถลดอัตราตาย อัตราความพิการ ภาวะแทรกซ้อน และการสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติลงได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2567)

ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และได้รับการผ่าตัดสมองใส่สายระบายเลือดในโพรงสมอง ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสม สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้การเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือที่รวดเร็วและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค สามารถฟื้นฟูสภาพและกลับบ้านไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ความหมายของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 25-30 เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Intracerebral hemorrhage: ICH) โรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่มีสาเหตุสำคัญจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง คลอเลสเทอรอลในเลือดสูง (สุพรรณิ เจริญวิเศษ, 2562)

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในชั้นเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) หมายถึงภาวะที่มีเลือดออกในชั้นเนื้อสมอง เมื่อมีเลือดออกในชั้นเนื้อสมองอาจแตกเข้าสู่ Ventricle (วิทยา ศรีคาม, 2539) ทำให้น้ำไขสันหลังระบายได้ไม่สะดวก เกิดการอุดตันการระบายน้ำไขสันหลัง ทำให้สมองบวม กดเบียดช่อง Ventricle ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นจนกดเบียดก้านสมอง เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติและสัญญาณชีพ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550) ตำแหน่งการแตกของหลอดเลือดสมองบริเวณเบซัล แกงเกลีย (basal ganglia) อัตราการเกิดหลอดเลือดสมองแตก คิดเป็นร้อยละ 32 บริเวณกลีบสมอง (lobar) พบได้ร้อยละ 28 บริเวณทาลามัส (thalamus) พบร้อยละ 21 บริเวณพอนส์ (pons) หรือก้านสมอง (brainstem) พบได้ร้อยละ 10 และบริเวณสมองน้อย (cerebellum) จะเกิดร้อยละ 9 (ฐิตาพร วรภักษ์วิเศษ, 2564)

ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage: IVH) หมายถึง เลือดออกในโพรงสมอง ซึ่งเป็นที่สร้างน้ำไขสันหลัง มักพบในรายที่ได้รับบาดเจ็บ สมองรุนแรงและพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นต้น (พิชยนทร์ ดวงทองพล, 2563)

Ventriculostomy คือการใส่สายระบายเข้าไปในโพรงสมอง (ventricle) เพื่อระบายน้ำในโพรงสมอง (Cerebrospinal Fluid: CSF) ออกจากร่างกาย (External ventricular drainage: EVD) ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการคือ เพื่อ monitor ความดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pressure: ICP) และสามารถช่วยลด ICP ที่สูงโดยการระบาย CSF ผ่านทาง EVD การวางสาย EVD จะสามารถควบคุมการไหลเข้าออกของน้ำในโพรงสมองเพื่อควบคุมความดันภายในสมองได้โดยการยกสูงหรือต่ำตามความดันที่อยากได้ขึ้นกับการประเมินของประสาทศัลยแพทย์ตามทีระบุไว้ใน order การติดตั้งความหมายของการยก EVD (ชม. เหนือระดับอ้างอิง) แปลว่าหากความดันในโพรงสมองของผู้ป่วยสูงกว่าความสูงที่ตั้งไว้ จะมีการไหลออกของน้ำในโพรงสมองเพื่อปรับความสมดุลของความดันในสมอง ฉะนั้นหากตั้ง EVD ต่ำ จึงแปลว่าน้ำในโพรงสมองจะไหลออกมาด้านนอกได้ง่ายกว่าตั้ง EVD สูง

ความดันในกะโหลกศีรษะ (Increased intracranial pressure : ICP) คือ ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ ซึ่งภายในโพรงกะโหลกศีรษะประกอบด้วยสมอง (Brain) และน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง และเลือด ซึ่งโดยปกติร่างกายจะมีการรักษาสมดุลของความดันในกะโหลกศีรษะให้อยู่ในค่าปกติ คือ ช่วงระหว่าง 7-15 มิลลิเมตรปรอท

ตำแหน่งเลือดในเนื้อสมอง แบ่งเป็น deep และ lobar hemorrhage

Deep hemorrhage ส่วนใหญ่มีสาเหตุจาก hypertensive hemorrhage ได้แก่ basal ganglia, thalamus, pons, cerebellum

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

Lobar hemorrhage มีสาเหตุหลายประการเช่น venous sinus thrombosis, trauma, vascular anomaly (AVM), tumor, cerebral amyloid angiopathy (สถาบันประสาทวิทยา, 2561)

พยาธิสภาพ

พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมองแตก มีสาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอลง ร่วมกับความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไปจนทำให้เกิด micro aneurysm ขนาด 300-900 ไมครอน เป็นกระเปาะที่มีเลือดซึมซังอยู่ บ่งบอกว่าเคยมีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดมาก่อน ถ้ามีความดันโลหิตสูงขึ้น จากเดิมอย่างกะทันหัน ทำให้ micro aneurysm แตกออก มีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นอักเสบและตาย เนื้อสมองรอบๆ บริเวณนั้นจะบวมมากจนอาจกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ การกดเบียดช่อง Ventricle ทำให้น้ำไขสันหลังระบายได้ไม่สะดวก เกิดสมองบวม ส่งผลทำให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จนกดเบียดก้านสมอง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะรู้สติและสัญญาณชีพและอาจถึงแก่กรรมในที่สุด พยาธิสรีรภาพความดันในกะโหลกศีรษะสูง เมื่อมีเลือดออกในสมองหรือสมองบวม ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะค่อยๆ สูงมากขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไข ร่างกายจะปรับกลไกการควบคุมอัตโนมัติ (Autoregulation) โดยมีการเปลี่ยนแปลง 3 ระยะ คือ ระยะที่มีการชดเชยโดยกลไกการควบคุมอัตโนมัติ ระยะที่มีการชดเชยโดยคูชิ่งรีเฟล็กซ์ (Cushing's Reflex) เป็นระยะเริ่มสูญเสียกลไกการควบคุมอัตโนมัติของสมอง และระยะสูญเสียกลไกการชดเชย การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ทำให้หลอดเลือดมีการฉีกขาดและมีภาวะเลือดออกตามมา ก้อนเลือดที่เกิดขึ้นขนาดใหญ่ (Hematoma) จะส่งผลให้เกิดภาวะสมองบวม (Brain edema) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure: IICP) และภาวะสมองเคลื่อน (Brain herniation) ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ ได้รับความรักษาได้ทันทั่วถึง จะส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตตามมาในที่สุด (ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฐ์ และคณะ, 2564)

ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage: IVH) หมายถึง เลือดออกในโพรงสมอง ซึ่งเป็นที่สร้างน้ำไขสันหลัง มักพบในรายที่ได้รับบาดเจ็บ สมองรุนแรงและพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่พบอาจเป็นเลือดที่ออกจากโพรงสมองหรือเป็น เลือดที่ออกจากใต้ชั้นอะแร็กนอยด์แล้วไหลเข้าไปในโพรงสมอง อาการแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ เกิดภาวะน้ำคั่งในสมอง (hydrocephalus) ความดันในกะโหลกศีรษะสูง และสมองเคลื่อน (พิชยนทร์ ดวงทองพล, 2563)

พยาธิสภาพของภาวะเลือดออกในสมองส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงหรือเกิดจากการกระแทกของวัตถุพวกเหล็ก เช่น ค้อน ลูกปืน ทำให้มีการฉีกขาดของหลอดเลือดในสมอง มีการแตกของหลอดเลือดฝอย โดยมักแตกที่บริเวณ basal ganglia รองลงมาคือ cerebellar, pontine นอกจากนี้ยังเกิดจาก ปัญหาโรคเลือด เช่น เลือดไม่แข็งตัว ผลของภาวะเลือดออกในสมอง ทำให้สมองบวม ถ้าเลือดออกในสมอง ส่วน basal ganglia จะทำให้แขนขาอ่อนแรงไปข้างหนึ่ง ถ้าเป็นส่วน cerebellar จะทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เสียการทรงตัว แต่ถ้าเลือดออกบริเวณ pontine จะทำให้ถึงแก่ความตายได้ (อรพินท์ สีขาว, 2559)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สาเหตุภาวะเลือดออกในสมอง

Deep hemorrhage ส่วนใหญ่มีสาเหตุจาก hypertensive hemorrhage

Lobar hemorrhage มีสาเหตุหลายประการเช่น venous sinus thrombosis, trauma, vascular anomaly (AVM), tumor, cerebral amyloid angiopathy (สถาบันประสาทวิทยา, 2561)

สาเหตุการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง จำแนกดังนี้ (พิชเณทร์ ดวงทองพล, 2563)

1. ความดันโลหิตสูงมักพบในผู้ป่วยอายุ มากกว่า 45 ปี ตำแหน่งเลือดออกในสมองที่ พบบ่อย basal ganglia, thalamus, Pons, cerebellum ข้างต้นและมีประวัติความดันโลหิตสูงเรื้อรัง อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ไม่เคยตรวจสุขภาพอาจไม่พบประวัติความดันโลหิตสูงก็ได้ และในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเริ่มต้น เมื่ออายุน้อยจะสามารถเกิด hypertensive hemorrhage เมื่ออายุไม่ถึง 45 ปี ได้เช่นกัน
2. Amyloid angiopathy เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดเนื่องจากมี beta amyloid protein เกาะหลอดเลือด มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ อาจมีอาการโรคสมองเสื่อมร่วมด้วยส่วนตำแหน่ง เป็น lobar hemorrhage โดยเฉพาะบริเวณ parietooccipital lobe และความดันโลหิตมักไม่สูง
3. Chronic subdural hematoma (subacute to chronic 4 วัน ถึง 2-3 สัปดาห์) สามารถเกิดในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองโดย แรงกระทำต่อสมองเพียงเล็กน้อยและมีผลให้ หลอดเลือด bridging vein ใน subdural space ฉีกขาดได้โดยส่วนใหญ่ผู้ให้ประวัติอาจไม่คิดว่า เป็นสาเหตุของอาการผู้ป่วยเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวได้แก่ กลุ่มเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุผู้ป่วยที่มี ภาวะสมองฝ่อทานยาละลายลิ่มเลือด ดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งพบว่ามีประวัติอุบัติเหตุได้เพียง ร้อยละ 30-50 เท่านั้น
4. หลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (rupture cerebral aneurysm) ผู้ป่วยมักไม่มีความผิดปกติระบบประสาทเฉพาะที่อาจพบ triad โรคคือ sudden headache, severe headache, stiff-necked positive ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะให้ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง และ polycystic kidney ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองโป่งพองได้
5. เนื้องอกสมอง (brain tumor) สามารถแสดงอาการเลือดออกในสมองได้โดยเฉพาะ เนื้องอกชนิดมะเร็ง ซึ่งมักพบในผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งปอดเนื้องอกชนิด choriocarcinoma เกิดเลือดออกในเนื้องอก ได้บ่อย
6. ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) จากการใช้ยาละลายลิ่มเลือด หรือเป็นโรคที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด
7. หลอดเลือดสมองอักเสบ (vasculitis)
8. Vascular malformation เช่น arteriovenous malformation, cavernous hemangiomas โดย hemorrhagic stroke พบในผู้ป่วยอายุน้อย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

9. การใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า หรือโคเคน รวมทั้งโรคประจำตัวอื่นๆ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2563)

10. สาเหตุที่เกิดจากสมองได้รับบาดเจ็บ (traumatic brain injury: TBI)

อาการและอาการแสดง

อาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในสมองเกิดขึ้นได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เลือดออก ความรุนแรง และจำนวนเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบ (ไสว นรสาร และ พิรญา ไฮโหม, 2559) ผู้ป่วยอาจแสดงอาการขั้นต้นที่หรือใช้เวลาหลายสัปดาห์แล้วจึงแย่งอย่างรุนแรง

1. อาการชาที่บริเวณ หน้า แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง
2. ชักเกร็งกระตุก สับสน หมดสติ
3. การมองเห็นผิดปกติ
4. อาการอ่อนแรง
5. มีปัญหาเรื่องการทรงตัว
6. ปวดศีรษะ
7. พูดไม่ออกหรือฟังไม่เข้าใจ
8. ซึม

ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช (2565) อาการแสดงโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่

1) ปวดศีรษะ 2) อาเจียน 3) ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดลำบาก (speech and language deficit) 4) แขนขาเคลื่อนไหวผิดปกติ 5) อ่อนแรงแขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งยกแขนหรือขาไม่ขึ้น (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) และ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) 6) ชัก 7) ปัสสาวะ/อุจจาระราด 8) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เริ่มจากอาการกระสับกระส่าย สับสน การตอบสนองช้า ซึมลง หมดสติหรือเรียกไม่รู้สีกตัวหรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตกสามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงทางคลินิกและการวินิจฉัยจากการตรวจเส้นเลือดในสมอง (รุจน์นลิน พิระกมลโรจน์, 2566) ดังนี้

1. การวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical diagnosis) การซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว อาการของความผิดปกติทางสมอง

2. การวินิจฉัยจากภาพสมอง (Neurovascular imaging) การวินิจฉัยจากภาพสมอง มีวิธีการวินิจฉัย ดังนี้

2.1 Computed tomography (CT) scan เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจแยก Ischemic stroke จาก Hemorrhagic stroke

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

2.2 Magnetic resonance image (MRI) MRI ดีกว่า CT scan ในการตรวจหาตำแหน่งที่เกิด Ischemia และอาจจะดีกว่าในการตรวจหาเลือดที่ออกใหม่ในสมอง โดยเฉพาะที่ก้านสมองและ Cerebellum

2.3 Diffusion weighted and perfusion-weighted MRI สามารถหาตำแหน่งและขนาดรูปร่างของการตายของเนื้อเยื่อสมองที่เกิดขึ้นใหม่ๆ ในไม่กี่นาทีของการขาดเลือดได้

2.4 Magnetic resonance angiography (MRA) ภาพจาก MRA สามารถใช้ประเมินผู้ป่วยที่มี Emboli ก่อนให้ละลายลิ่มเลือด

2.5 Single-photon emission computed tomography (SPECT) และ Proton emission tomography (PET) สามารถใช้ตรวจปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงสมองและระดับ metabolism ของสมองได้จึงสามารถใช้ประเมินเนื้อสมองส่วนที่ยังต้ออยู่ได้

บทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท คือ การประเมินสภาพของผู้ป่วย เพื่อสามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ในการวินิจฉัยวางแผนให้พยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ประกอบด้วย (สงศรี รัตนมาลาวงศ์ และ อารญา โกวรุ่งเจริญ, 2558)

1. จากการซักประวัติ
 2. การตรวจร่างกาย
 3. การตรวจทางรังสี การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า
 4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Blood test: FBS, CBC, lipid profile (total cholesterol, triglyceride, HDL, LDL), BUN, Creatinine, electrolyte, PT, PTT, INR, Trop I เพื่อเป็น baseline condition
 5. Cardiac work up ได้แก่ chest X-ray, การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram)
- (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2567)

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณ และตำแหน่งเลือดออกในสมอง ซึ่งผู้ที่มีเลือดออกในสมอง 8-12 % ของพื้นที่ในกะโหลกศีรษะมักได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ภัทรวิทย์รักษกุล, 2561)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ถ้าได้รับการตรวจรักษาเร็ว ก็อาจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและหายดีได้เร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายใน 3 ชั่วโมงแรกที่มีอาการปรากฏชัดเจน โดยการรักษาเลือดออกในสมองขึ้นอยู่กับสาเหตุที่เกิดเลือดออก ลักษณะอาการ ความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งสมองที่มีเลือดออก และระดับความเสียหาย หลังจากตรวจวินิจฉัยแล้วแพทย์อาจพิจารณาวิธีการรักษาผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ดังต่อไปนี้ (สรยุทธ ชำนาญเวช, 2556)

- 1) การรักษาด้วยยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาต้านชัก
- 2) การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ถ้าก้อนเลือดมีขนาดใหญ่และเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การบำบัดรักษาทางอายุรกรรม (สวิง ปันจยีสท์ และคณะ, 2556)

1. การรักษาความดันโลหิตสูง (blood pressure management) ในระยะแรกเพื่อป้องกันไม่ให้ขนาดของก้อนเลือดใหญ่ขึ้นหรือลดโอกาสแตกซ้ำของหลอดเลือดแดงโป่งพองจึงพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตด้วย
2. การรักษาอุณหภูมิร่างกาย (management of body temperature) ในระยะแรก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมักมีไข้สูง กรณีที่อุณหภูมิร่างกายสูงมากจะมีผลต่อ brain metabolism ทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. การบำบัดรักษาระดับน้ำตาลในเลือด (management of blood glucose) ในระยะแรกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก อาจตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติซึ่งอาจเกิดจากภาวะ stress หรือผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเดิม การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากอาจทำให้อัตราตายเพิ่มขึ้น ดังนั้นหากระดับน้ำตาลในเลือด >140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรพิจารณาให้ยารักษาเบาหวานด้วย
4. การป้องกันอาการชัก (prevention of seizure) ไม่แนะนำให้ยากันชักในผู้ป่วยที่ไม่มีหลักฐานของการชัก ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางคลินิกของการชักควรให้ยากันชักทุกราย
5. การให้สารน้ำและเกลือแร่ควรให้สารน้ำที่เป็น isotonic solution เช่น normal saline โดย ให้ปริมาณที่พอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายและรักษาระดับเกลือแร่ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การรักษาด้วยการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่รักษาด้วยยาแล้ว แพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัด ดังนี้ (พิราลักษณ์ ลาภหลาย และคณะ, 2562)

Craniotomy remove blood clot เป็นการผ่าตัดโดย Burr hold แล้วเอา bone flap ออกเพื่อเปิดเยื่อหุ้มสมองดura (dura) เอาก้อนเลือดหรือก้อนเนื้อออกออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ Craniotomy คือการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแล้วปิดกะโหลก การเปิดแล้วปิดมี 2 แบบ Osteoplastic กะโหลกโดยขึ้นกะโหลกมีกล้ามเนื้อติดยึดระหว่างกะโหลกที่ตัดออกกับกะโหลกเดิม Free bone flap กะโหลกแล้วไม่ปิด

Craniotomy aneurysm clipping การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะหนีบเส้นเลือดสมองโป่งพอง

Vascular bypass (Revascularization) การตัดต่อเส้นเลือดสมองเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมองในกรณีที่มีการทำลาย (Sacrifice) เส้นเลือดใน Fusiform aneurysm หรือ Giant aneurysm

Craniotomy resection of AVM (arterio-venous malformation) การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตัดเส้นเลือดผิดปกติออก

Craniectomy เป็นการผ่าตัดโดยใช้เอา bone flap ออกเพื่อเปิด dura เอาก้อนเลือดออก เมื่อเสร็จแล้วเย็บ skin flap ไว้โดยตัดกะโหลกศีรษะบางส่วนออกไม่เย็บปิด

Burr hole เป็นการผ่าตัดโดยเจาะกะโหลกศีรษะด้วยสว่านชนิดพิเศษเพื่อระบายเลือดหรือของเสียจากใต้ชั้น dura หรือเพื่อที่จะทำ ventriculostomy, craniotomy หรือ craniectomy

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

โรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะอุดตันของทางเดินของน้ำในโพรงสมองซึ่งมีสาเหตุมาจากการขัดขวางการไหลของน้ำในโพรงสมอง (Cerebrospinal fluid) ซึ่งปกติไหลเข้า Subarachnoid space Obstructive hydrocephalus รักษาโดยการใส่สายระบายน้ำออกจากโพรงสมอง แบ่งเป็นสองประเภทคือ

1. การใส่ External Ventricular Drainage ให้ Cerebrospinal fluid ไหลจากช่องในโพรงสมอง (ventricle) สู่ออกนอกร่างกาย
2. การใส่ internal shunt ให้ Cerebrospinal fluid ไหลลงสู่ช่องภายในร่างกาย หรือนอกกะโหลกศีรษะ เช่น ช่องท้อง (peritoneal cavity) เรียกว่า Ventriculoperitoneal shunt (VP Shunt) หรือช่องปอด (pleural cavity) หรือหลอดเลือดดำใหญ่ (superior vena cava)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสมอง (รัตนากองพิสุทธิ์ และ อริยวรรณ วรรณสีทอง, 2560)

1. ประเมินการหายใจและการขาดออกซิเจน โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว
2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาเพื่อให้ออกซิเจนทั่วร่างกายเต็มที่ ลดการใช้ออกซิเจนให้เลือดดำไหลกลับสะดวก ลดความดันในกะโหลกศีรษะ หลีกเลี่ยงการก้มคอ หรือนอนคอพับ
3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ ทุก 2 ชั่วโมง ใน 48 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ ทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ และเป็นวันละครั้งเมื่ออาการคงที่
4. สังเกตอาการ/อาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่งมองเห็นภาพซ้อน ชนาคูรูมานตาเปลี่ยนแปลง pulse pressure กว้างขึ้น หัวใจเต้นช้า หายไม่สม่ำเสมอ
5. ประเมินภาวะใช้ควบคุมอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยไม่ให้สูงเกิน 37.4 องศาเซลเซียส และไม่ลดต่ำกว่า 34 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันการใช้ออกซิเจนของร่างกายที่มากเกินไปและป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น การให้ยาลดไข้ การเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น
6. ประเมินภาวะคลื่นไส้ อาเจียนแนะนำการรับประทานอาหารที่ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน การทำความสะอาดช่องปากและให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนตามแผนการรักษา
7. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด/การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
8. ป้องกันการติดเชื้อจากบาดแผลของร่างกาย การรักษาความสะอาดร่างกายและช่องปาก
9. ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย และการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
10. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

11. วางแผนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้ข้อมูลเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นซักถามข้อสงสัยเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง Ventriculostomy

การพยาบาลผู้ป่วยจะให้ผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนน้อย ลดทุพพลภาพลง ช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทันทั่วทั้งที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์เป็นพิเศษ โดยแบ่งขั้นตอนดังนี้ (เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง และยุพาวรรณ ทองตะบูนาม, 2560)

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมร่างกาย ได้แก่

- ดูแลดื่มน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง
- ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml iv 80 ml/hr (ที่แขน 2 ข้าง รวมกันได้ 80 ml/hr)
- เจาะเลือดตรวจ FBS, CBC, lipid profile (total cholesterol, triglyceride, HDL, LDL), BUN, Creatinine, electrolyte, PT, PTT, INR
- Chest X-ray, EKG, Antigen test kit, CT brain
- จองเลือด PRC, FFP และในรายที่ on ASA, Warfarin จอง SDP or Platelet Concentrate
- เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำและอาหาร
- ปรีกษาแพทย์ต่างแผนก ในรายที่มีโรคประจำตัว
- โกนศีรษะ และทำความสะอาดด้วย 2% Chlorhexidine alcohol
- ใส่สายสวนปัสสาวะ
- เตรียมยา Antibiotic pre-op ไปห้องผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ถอดฟันปลอม ถอดเครื่องประดับ ใส่ป้ายข้อมือ
- ตรวจสอบเอกสารยินยอมผ่าตัด

2. การเตรียมด้านจิตใจ

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด ให้คำแนะนำการเตรียมร่างกายและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น อาบน้ำ สระผม โกนผม

2.2 แนะนำการดูแลและปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น อาจใส่ท่อช่วยหายใจออกจากห้องผ่าตัดมาก่อน และเมื่ออยู่ที่ห้องพักฟื้น เริ่มต้นรู้สึกตัว สามารถหายใจได้เอง จะได้รับการพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจออก การใส่สายให้อาหารทางจมูกไปที่กระเพาะอาหารเนื่องจากมีปากเปี้ยว ลิ้นแข็ง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร โรคแทรกซ้อน การดูแลแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การมีสายระบายเลือดออกจากโพรงสมอง อาจใช้เวลา 5-7 วัน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้คลายความวิตกกังวล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด Ventriculostomy

1. การพยาบาล External Ventricular Drainage: EVD การคงไว้ซึ่งการควบคุมเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอ (maintain cerebral blood flow) เพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือด พยาบาลควรให้การดูแลเพื่อส่งเสริมการระบาย Cerebrospinal fluid: CSF ให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
- 2) ประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง
- 3) ตั้งจุดศูนย์อ้างอิง (zero reference point) โดยวัดระดับของ transducer ให้อยู่ในระนาบเดียวกับกึ่งกลางรูหูของผู้ป่วยที่อยู่ในท่านอนหงาย ซึ่งตำแหน่งกึ่งกลางรูหูเป็นจุดศูนย์อ้างอิง เพราะตรงกับตำแหน่งของ foramen of monro ซึ่งเทียบค่าเป็นตำแหน่งที่ความดันในกะโหลกศีรษะเท่ากับ 0 เซนติเมตร
- 4) ตั้งระดับจุดหยุดหรือจุดโค้งของสาย EVD อยู่เหนือรูหู 10-15 cm ตามแผนการรักษา (เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูง 30 องศา)
- 5) ประเมินการทำงานของ EVD โดยการสังเกตการกระเพื่อมขึ้นลง (fluctuation) ของ CSF ของระบบอย่างสม่ำเสมอ
- 6) ตรวจสอบสาย drain ไม่ให้หัก พับ งอ ระวังการเลื่อนหลุดและไม่ให้มีการดึงรั้ง
- 7) สังเกตลักษณะ สี และปริมาณของ content และบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลังที่ออกทุกชั่วโมง หรืออย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ถ้าไม่มีการเพิ่มของน้ำไขสันหลัง หรือมีการระบายน้ำไขสันหลังออกเกิน 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือตามที่แพทย์กำหนด ให้รายงานแพทย์
- 8) ทำแผลโดยใช้หลัก aseptic technique และปิดแผลไม่ให้สาย drain ราบไปกับหนังศีรษะของผู้ป่วย เพราะอาจทำให้ท่อระบายหัก พับ งอ เลื่อนหลุดหรืออุดตัน
- 9) ดูแลให้ EVD เป็นระบบปิดตลอดเวลา หากพบการรั่วซึมต้องรายงานแพทย์ทันที
- 10) ก่อนปรับเปลี่ยนท่าผู้ป่วย เช่น ปรับศีรษะนอนราบ เคลื่อนย้ายหรือปลดถุงรองรับต่ำกว่าปกติ ควร clamp สาย EVD ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับหรือระบายออกมามากเกินไป และเปิดระบายเมื่อทำกิจกรรมเสร็จสิ้น
- 11) บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้งและ ทุก 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่
- 12) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอ
- 13) พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และไม่นอนทับข้างแผลผ่าตัด
- 14) ดูแลผู้ป่วย เช็ดตัวลดไข้และให้ได้รับยาลดไข้ ตามแผนการรักษา ควรควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส อุณหภูมิที่สูงขึ้นทุก 1 องศาเซลเซียส ทำให้มีการไหลเวียนเลือดสู่สมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 7-13 และมีอัตราการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

15) ประเมินแผลผ่าตัด ดูแลท่อระบายให้ทำงานอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบปิด บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน

16) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

17) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Electrolyte, BUN, Creatinine, CBC

2. การพยาบาลป้องกันภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง IICP ติดตามสัญญาณเตือนของภาวะ increased intracranial pressure (IICP) (monitor early warning sign for IICP) เพื่อประเมินอาการและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปฏิบัติดังนี้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

1) ประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง หากพบ GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน รายงานแพทย์ให้ทราบทันที

2) สังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เปลี่ยนแปลง เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว มองเห็นภาพซ้อน สับสน เพ้อคลั่ง สับสน กระสับกระส่าย ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม

3) ประเมินสัญญาณชีพ (vital sign) โดยเฉพาะ ถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูง ชีพจรช้า ลักษณะการหายใจผิดปกติแบบ Cheyne stroke ให้รายงานแพทย์ทราบ

4) สังเกตอาการทางระบบประสาทอื่นๆ เช่น ภาวะอัมพาต abducens nerve palsy หรือเส้นประสาทตาบวม (papilledema)

3. การพยาบาลระบบทางเดินหายใจ การคงไว้ซึ่งการระบายอากาศ (maintain airway) เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ และอาจมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงไปกดสมอง ศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง ปฏิบัติดังนี้ (เพ็ญศรีปัทมกัญจะยง และ สุรชาติ สิทธิปกรณ, 2564)

1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว ชีตเขียวสับสน มึนงง เป็นต้น

2) ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะการสังเกตว่าการหายใจที่ผิดปกติหรือไม่

3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน รักษาระดับ $\geq 95\%$

4) ดูดเสมหะเมื่อจำเป็น ซึ่งการดูดเสมหะแต่ละครั้ง ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้แรงดูด 100-120 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ

5) เฝ้าระวังและควบคุม hyperventilation (PaCO_2 อยู่ระหว่าง 30-50 mmHg)

6) รายงานแพทย์เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าพบว่า $\text{GCS} \leq 8$

7) ประเมินคุณภาพการนอนหลับและดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

8) ติดตามผล arterial blood gas: ABG ในเลือดแดงตามแผนการรักษา การดูแลด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองเมื่อพ้นระยะวิกฤติ

1. การประเมินและเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจ อาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ทุก 4-6 ชั่วโมง ควรได้รับการช่วยหายใจและให้ออกซิเจนตามความเหมาะสม
2. การป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ โดยล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด สิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด เช่น หนอง น้ำหล่อสมองและไขสันหลัง อาการปวดบวม แดงร้อน ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ ถ้าพบแผลเปื่อยซึม ต้องแจ้งแพทย์ทราบทันทีดูแลระบบการไหลของท่อระบายต่างๆเป็นระบบปิดไม่ให้มีการหัก งอ พับ มี การติดตามการรายงานผลการ ส่งเพาะเชื้อสิ่งคัดหลั่งจากแผล
3. การทบทวน สอน ฝึกทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ การระวังไม่ให้สายระบายต่างๆพับงอ เลื่อนหลุด ห้ามดึงสายและแกะเกาแผล เปลี่ยนท่านอน และประเมินความปวดด้วยตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ของเหลวที่ออกจากแผล
4. การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอและได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์
6. การพยาบาลหลังถอดสายระบาย EVD สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง (monitor for IICP: after EVD off) ปฏิบัติดังนี้ (เพ็ญศรี ปักกิ่งวะยัง และ สุชาติ สิทธิปรกรณ์, 2564)
 - 1) เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมเพื่อช่วยแพทย์เย็บปิด
 - 2) สังเกตความผิดปกติเช่น การรั่วซึม CSF จากแผลหรือการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด
 - 3) สังเกต Neurological signs หากพบ GCS $\leq$ 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์ทันที
 - 4) วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
7. กระตุ้นการ Ambulation ในผู้ป่วยที่แขนขาอ่อนแรง ต้องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อทำ Active Exercise หรือ Passive Exercise ถ้าแพทย์ให้ลุกเดินได้ ต้องประเมินความเสี่ยงต่อการลื่นตกหกล้ม ดูแลช่วยเหลือพยุงให้ผู้ป่วยลุกเดินอย่างปลอดภัย
8. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา การพยากรณ์โรคของแพทย์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

การพยาบาลระยะพักฟื้นและการฟื้นฟู

การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

1. ประเมิน Barthel Activities of Daily Living: ADL
2. ปรึกษานักกายภาพบำบัด และเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังพ้นระยะวิกฤติภายใน 72 ชั่วโมง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. การช่วยออกกำลังกายแขนและขาทั้ง active and passive exercise บริหารกล้ามเนื้อและข้อให้ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้บ้าง เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติด

4. การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปของร่างกายไม่ให้ย่ำแย่ ทำความสะอาดร่างกายประจำวัน ช่วยเช็ดตัว หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้ทั่วถึง เช่น บริเวณแผ่นหลัง ดูแลความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย ดูแลความสะอาดของ ช่องปากและฟัน ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ป้องกันแผลกดทับ โดยใช้ Barden scale พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ป้องกันการเกิดแผลกดทับ เฝ้ารวังปลัดตกหลัง

6. สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึง ความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

7. การปรึกษาแพทย์แผนไทย หากผู้ป่วยท้องผูกให้ได้รับการนวดกระตุ้นลำไส้ ผู้ป่วยที่มีปากเปื่อยจะได้รับ การนวดใบหน้าและมุมปากกระตุ้นการไหลเวียน

8. การเตรียมสถานที่อุปกรณ์ให้เหมาะสม ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ผู้ป่วยผ่าตัดสมองเมื่อผ่านพ้นภาวะ วิกฤติแล้วอาจมีความพิการหลงเหลือ เรียกว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ต่อเนื่อง เพื่อช่วยฟื้นฟูให้ผู้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือ ตัวเองให้ได้มากที่สุดในเวลาอันรวดเร็ว โดยจะต้องปฏิบัติ ดังนี้ เช่น ห้องน้ำมีราวจับ เตียงนอนสามารถปรับหัวเตียงและมีราวจับยึด พื้นทางเดินไม่ลื่น ไม่มีของวางเกะกะ ห้องนอนควรอยู่ชั้นล่างมีอุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น

9. การเตรียมหาผู้ดูแล (Care giver)

10. การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองด้านจิตใจ ครอบครัวจะต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ไม่แสดงความรู้สึกโกรธ เกรงเครียดต่อหน้าผู้ป่วย พยายามปรับอารมณ์ของตนเอง ยอมรับสภาพที่ผู้ป่วยเป็น ให้กำลังใจผู้ป่วย จะช่วยให้การ ฟื้นฟูมีประสิทธิภาพ

11. พบแพทย์ตามนัด เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามการรักษาโรคประจำตัว หากมีอาการ ผิดปกติ เช่น มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ปัสสาวะขุ่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อน แรงแมกขึ้น หรือซึมลง ควรพาไปพบแพทย์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะนอกจากจะมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรอด ชีวิตแล้ว ต้องมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดความพิการ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีการนำ กระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา ประเมิน วินิจฉัยปัญหา และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะระยะวิกฤติหลังผ่าตัด และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟู ต้องประเมินความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เพื่อวางแผนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมผู้ป่วยและ ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การพยาบาลในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

D-METHOD เป็นกระบวนการที่ใช้ในการเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งเป็นโรคที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและระมัดระวังในทุกขั้นตอนในการดูแลหลังการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปจะสามารถ ได้รับการดูแลที่ดีและปลอดภัย

กระบวนการ D-METHOD ช่วยให้การจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างครบถ้วนและมีระบบ โดย D-METHOD ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ (วารุณี เข็มลา, 2567)

1. D = Diagnosis and Decision-making (การวินิจฉัยและการตัดสินใจ) การประเมินและการตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนสำคัญในการเตรียมจำหน่าย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีสภาพที่เพียงพอในการกลับบ้านได้และสามารถจัดการกับการรักษาในระดับบ้านได้

- การประเมินสภาพของผู้ป่วย ประเมินอาการของผู้ป่วยหลังการรักษา เช่น การฟื้นตัว ของการเคลื่อนไหว การพูดหรือการรับรู้

- การตรวจสอบผลการรักษา ตรวจสอบผลการรักษาหลังการผ่าตัดหรือการให้ยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

- การตัดสินใจเกี่ยวกับความพร้อมของผู้ป่วย พิจารณาว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลหรือไม่ รวมถึงการตัดสินใจว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมหรือไม่ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านหรือต้องการการดูแลจากศูนย์ฟื้นฟูภายนอก

2. M = Medication Management (การจัดการยา) การดูแลยาเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมจำหน่าย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องและครบถ้วนตามแผนการรักษา

- การประเมินการให้ยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมักต้องให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) และยาลดความดันโลหิต (Antihypertensives) การจัดการยาเหล่านี้ต้องถูกต้องและมีความปลอดภัย

- การอธิบายวิธีการให้ยา พยาบาลจะต้องอธิบายวิธีการให้ยาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียด เช่น การให้ยาตามเวลาที่กำหนด การดูแลผลข้างเคียง การติดตามระดับยาในเลือดและการตรวจสอบการมีปฏิกิริยาระหว่างยา

- การจัดทำแผนการให้ยา ทำแผนการให้ยาที่ชัดเจน โดยมีการบันทึกเวลาการให้ยาและปริมาณที่ถูกต้อง เช่น การให้ยาควบคุมความดันโลหิต หรือยาในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือด

3. E = Education (การศึกษาและการให้ความรู้) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปที่บ้าน

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก อธิบายเกี่ยวกับอาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการรักษา เช่น อาการปวดศีรษะ อาการมึนงง หรือความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคซ้ำ การให้คำแนะนำในการควบคุมความดันโลหิต การรักษา น้ำหนัก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ หรือการดื่มแอลกอฮอล์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

- การสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ แนะนำการท่ายาภาพบำบัด การฝึกการพูด หรือการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

4. T = Test and Treatment (การทดสอบและการรักษา) การทดสอบและการรักษา เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการตรวจสอบว่าอาการของผู้ป่วยมีการฟื้นตัวดีหรือไม่ และการทำการทดสอบหรือตรวจสอบเพื่อติดตามความคืบหน้าของการรักษา

5. H = Home Care Planning (การวางแผนการดูแลที่บ้าน) การวางแผนการดูแลที่บ้านเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เต็มที่และปลอดภัยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

- การประเมินความสามารถในการดูแลที่บ้าน พยาบาลจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ และครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือไม่

- การจัดบริการดูแลที่บ้าน หากจำเป็นต้องมีการดูแลเพิ่มเติม พยาบาลจะช่วยจัดหาผู้ช่วยดูแลที่บ้าน เช่น ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัดหรือการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องตรวจความดันโลหิตที่บ้าน อุปกรณ์ช่วยเดิน

- การติดตามการฟื้นฟูที่บ้าน วางแผนการติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่าย เช่น การเข้ารับการท่ายาภาพบำบัดหรือการนัดหมายการตรวจสุขภาพในช่วงเวลาที่กำหนด

6. O = Observation and Follow-up (การสังเกตและการติดตามผล) การติดตามผลหลังการจำหน่ายเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยกำลังฟื้นตัวได้ดี

- การติดตามผลการรักษา การนัดหมายการติดตามผลหลังการจำหน่าย เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การทำ CT scan/MRI ตามที่แพทย์แนะนำ

- การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสัญญาณที่ควรระวัง เช่น อาการปวดศีรษะรุนแรง อาการซึมเศร้า การติดเชื้อหรืออาการอื่นๆที่อาจบ่งชี้ถึงการกลับมาของโรค

7. D = Documentation (การบันทึกข้อมูล) การบันทึกข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการดูแล

ภาวะแทรกซ้อน

ภายหลังการผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำ (Rebleeding) ภาวะสมองบวม (Brain edema) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) และภาวะชัก (Seizure) เป็นต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจะเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นสำคัญ (วรรณวิมล ทุมมี, 2566)

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองได้ดังนี้ น้ำไขสันหลังออกมากเกินไป (CSF over drainage) ภายหลังการผ่าตัดหากเกิดภาวะน้ำไขสันหลังออกมามากเกินไปจะทำให้โพรงสมองยุบและความดันในช่องไขสันหลังจะสูงกว่าความดันในกะโหลกศีรษะ ทำให้สมองเคลื่อนขึ้นด้านบนส่งผลให้เนื้อสมองน้อยขาดเลือด (cerebellar infarction)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองแตก

เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง จะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน เซลล์สมองตายหรือหยุดทำงาน ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการสูญเสียหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยอาการและอาการแสดงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ผู้ป่วยมักได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยในระยะยาวสามารถสรุปได้ 3 ด้าน (ฐิตาพร วรภัณฑวิศิษฐ์ และคณะ, 2564) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ การมองเห็นผิดปกติ ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ และความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ เสียความภูมิใจในตัวเอง ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำ ออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งคุกคาม ความก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า

3. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาทางสังคมดังนี้ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ผู้ป่วยกับสังคมและบทบาทในสังคม

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นไม่ว่าเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตามจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะเลือดคั่งในโพรงสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายในโพรงสมอง

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส อาชีพขับรถแท็กซี่ บุตรเป็นผู้ดูแล การศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่อยู่ จังหวัดนนทบุรี สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 6 พฤศจิกายน 2567 เวลา 20.09 น.

วันที่รับไว้ดูแล 6 พฤศจิกายน 2567 เวลา 22.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 16 พฤศจิกายน 2567 เวลา 10.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล 16 พฤศจิกายน 2567 เวลา 10.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 11 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 11 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล การสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วย และเวชระเบียนผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ปากเบี้ยว 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะ รับประทานยาแก้ปวด paracetamol 1 เม็ด ไม่ได้ไปรักษาที่ใด

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะขับรถแท็กซี่มาส่งผู้โดยสารที่ชายแดนอรัญประเทศ มีอาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด จึงโทรเรียกรถโรงพยาบาลออกมารับ นำส่งโรงพยาบาลอรัญประเทศ ทำ CT brain พบ Right Thalamic Intracranial Hemorrhage and Intraventricular Hemorrhage

30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์พิจารณาส่งต่อมาโรงพยาบาลประจำจังหวัด

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 1)

เวลา 17.04 น. แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอรัญประเทศ Glasgow coma score: GCS E4V5M6 pupil 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ motor power ซีกขวาเกรด 5 ซีกซ้ายเกรด 0 สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 161/100 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94 เปอร์เซ็นต์ เจาะเลือดส่งทางห้องปฏิบัติการตาม Guideline stroke fast track ได้แก่ Complete Blood Count: CBC, Blood Urea Nitrogen: BUN, Creatinine: Cr, Electrolyte, coagulopathy,

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

Liver function tests, Anti- Human Immunodeficiency Virus: Anti-HIV, Antigen Test Kit: ATK ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่ง chest x ray และทำ Computed Tomography scan: CT ส่วน brain

เวลา 20.09 น. ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลประจำจังหวัด ตรวจประเมินผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ motor power ซีกขวา เกรด 5 ซีกซ้ายเกรด 0 สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 181/137 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับยา Labetalol 100 มิลลิกรัมผสมใน 0.9% normal saline 80 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำทันที 10 มิลลิลิตร และให้ต่อเนื่องด้วยอัตราการหยด 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผ่านเครื่องควบคุมสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) ฝ้าติดตามอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจเต้นช้าลง ส่งต่อมาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

เวลา 22.30 น. แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ GCS E4V5M6 pupil 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ motor power ซีกขวา เกรด 5 ซีกซ้ายเกรด 0 สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 161/106 มิลลิเมตรปรอท ใส่ Oxygen nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับยา Labetalol 100 มิลลิกรัมผสมใน 0.9% normal saline 80 มิลลิลิตร ให้ต่อเนื่องด้วยอัตราการหยด 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผ่านเครื่องควบคุมสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) ฝ้าติดตามอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจเต้นช้าลง ส่งต่อมาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

เวลา 23.00 น. แพทย์พิจารณาทำการผ่าตัดใส่สายระบายเลือดในโพรงสมอง Ventriculostomy ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำได้คำสั่งได้ถูกต้อง GCS E4V5M6 pupil 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ Oxygen nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% normal saline 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 1 เส้น และ Keep Vein Open: KVO 1 เส้น ได้รับการทำความสะอาดศีรษะ โกนผมและฟอกศีรษะด้วยน้ำยา 2 เปอร์เซ็นต์ Chlorhexidine ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ และนำส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เวลา 00.45 น.

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 2)

เวลา 01.25 น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด แพทย์ทำการผ่าตัดใส่สายระบายเลือดในโพรงสมอง Ventriculostomy on External Ventricular Drain: EVD ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก General Anesthesia: GA ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 มิลลิเมตร ลึก 22 เซนติเมตร

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประเมินผู้ป่วย GCS E1VtM4 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเข้าเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ motor power เกรด 1 ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 มิลลิเมตร ลึก 22 เซนติเมตร หายใจสม่ำเสมอไม่มีเหนื่อยหอบ สัมพันธ์เครื่องช่วยหายใจ EVD mask site 12 เซนติเมตร ปริมาณน้ำไขสันหลังสีแดงสดค้างสาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 191/125 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์ ได้รับยาลดความดัน labetalol 100 มิลลิกรัมผสมใน 0.9% normal saline 80 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อย่างต่อเนื่องผ่านเครื่อง infusion pump

เวลา 02.00 น. ค่าความดันโลหิต 150/98 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที ได้รับการปรับระดับ labetalol ทางหลอดเลือดดำ 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จากนั้นค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/60 - 138/68 มิลลิเมตรปรอท

เวลา 06.00 น. ผู้ป่วยตื่นลืมตาได้เอง ทำตามสั่งได้ GCS E4VtM6 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเข้าเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ motor power ข้างขวาเกรด 5 ข้างซ้ายเกรด 1 ใส่เครื่องช่วยหายใจ Setting Ventilator Pressure Control Ventilation: PCMV mode Respiratory Rate: RR 16, Pressure Control: PC 16, Positive End-Expiratory Pressure: PEEP 5, Fraction of Inspired Oxygen: Fio 0.4 หายใจสัมพันธ์เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีหอบเหนื่อย capillary refill 2 second ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์

เวลา 07.00 น. ได้รับการฝึกหายใจ หายาเครื่องช่วยหายใจ on Endotracheal Tube: ETT with T-piece 10 Liter per minute: LPM สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 143/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์

เวลา 09.00 น. แพทย์ตรวจเย็บอาการ พิจารณาถอด ETT ใส่ Oxygen nasal cannula 3 LPM แทน ผู้ป่วยสามารถไอได้แรง ไอขับเสมหะออกได้บางส่วน ยังต้องใช้การดูดเสมหะช่วย

เวลา 10.00 น. ปวดศีรษะ ประเมิน pain score ได้ 7 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด Tramadol 50 มิลลิกรัม ผสมกับ 0.9% normal saline 9 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยา 30 นาที ประเมิน pain score ซ้ำ ผู้ป่วยปวดลดลง ได้ 2 คะแนน

เวลา 12.00 น. แพทย์ตรวจเย็บอีกครั้ง ประเมินการกลืน มีปฏิกิริยาการไอแรง กลืนน้ำได้ไม่มีสำลัก แพทย์พิจารณาให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อน

เวลา 14.00 น. ค่าความดันโลหิต 132/78 มิลลิเมตรปรอท หยุดให้ยา labetalol หลังหยุดยาสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 70-82 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-114/74 มิลลิเมตรปรอท แพทย์สั่งให้รับประทานยาลดความดัน ได้แก่ Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น ยา Hydralazine 25 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน

เวลา 16.00 น. EVD ตั้ง 10 เซนติเมตรน้ำ ปริมาณน้ำไขสันหลังออก 40 มิลลิลิตรต่อเวร สีแดงสด แผลผ่าตัดไม่ซึม mask site 12 เซนติเมตร ผู้ป่วยไม่ปวดศีรษะ

วันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 3)

เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รู้สึกตัวดี GCS E4V5M6 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ motor power เกรด 4 ทุกย่างค์ สามารถรับประทานอาหารได้ทางปาก ไม่ไอหรือสำลัก ไม่มีปากเบี้ยวไม่มีลิ้นแข็ง พูดได้ชัดเจน ถามตอบตรงคำถาม หายใจได้เอง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 123/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดศีรษะไม่ซึม EVD ตั้ง 10 เซนติเมตรน้ำ ใส่สายสวนปัสสาวะ สีเหลืองใสไม่มีตะกอนขุ่น

เวลา 10.00 น. แพทย์ตรวจเย็บมอาการ ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อทำการกายภาพกล้ามเนื้อส่วนขาขาที่อ่อนแรง และฝึกการทรงตัว และให้ถอด Oxygen nasal cannula ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96-98 เปอร์เซ็นต์

เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยปวดศีรษะ pain score 5 คะแนน สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาลดปวด Tramadol ขนาด 50 มิลลิกรัม ผสม Namal saline 9 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ประเมินซ้ำ 30 นาทีหลังได้รับยา ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ นอนพักได้ หลังได้ยาสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 120/72 มิลลิเมตรปรอท

เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการเช็ดตัวลดไข้ ร่วมกับรับประทานยาลดไข้ Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด

เวลา 23.00 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 124/76 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกาย 2,000 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 1,800 มิลลิลิตร EVD ตั้ง 10 เซนติเมตรน้ำ ปริมาณน้ำไขสันหลังออก 32-50 มิลลิลิตรต่อเวร สีแดงจาง

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 4)

ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส GCS E4V5M6 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ motor power เกรด 4 ทุกย่างค์ แพทย์ตรวจเย็บมอาการ พิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด

ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัด เขยียดยืดกล้ามเนื้อแขนและขา นาน 15 นาที กำลังกล้ามเนื้อสามารถยกแขนได้เองทั้งสองข้าง แต่ต้านแรงได้ไม่เต็มที่ ขาทั้งสองข้างยกได้ในแนวราบ สัญญาณชีพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

อุณหภูมิร่างกาย 36.2-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 100/68-127/88 มิลลิเมตรปรอท สามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ ไม่มีไอหรือสำลัก สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด EVD ตั้ง 10 เซนติเมตรน้ำ mask site 12 เซนติเมตร ปริมาณน้ำไขสันหลังออก 25-45 มิลลิลิตรต่อเวอร์ สีชมพู

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 5)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4V5M6 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง รับประทานอาหารได้ทางปาก ไม่มีไอหรือสำลัก ได้รับการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง สามารถยกแขนและขาได้เองทั้ง 4 รยางค์ แต่ยังไม่สามารถต้านแรงได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.2-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 110/60-133/78 มิลลิเมตรปรอท EVD ตั้ง 10 เซนติเมตรน้ำ ปริมาณน้ำไขสันหลังออก 25-45 มิลลิลิตรต่อเวอร์ สีชมพู แพทย์พิจารณาส่งตรวจ CSF culture protein sugar ผลปกติ

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 6)

แพทย์ตรวจเย็บมอาการ GCS E4V5M6 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระ 5 วันและนอนไม่หลับ แพทย์พิจารณาให้ยาระบาย Lactulose 30 มิลลิลิตร รับประทานทันทีและรับประทานวันละครึ่งก่อนนอน ร่วมกับให้ยาคลายกังวล Diazepam 2 มิลลิกรัม รับประทานครึ่งละ 1 เม็ด วันละครึ่ง ก่อนนอน หลังได้ยาระบายผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระ นอนหลับได้ไม่มีอาการรบกวน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.0-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 115/66-138/80 มิลลิเมตรปรอท EVD ตั้ง 10 เซนติเมตรน้ำ ปริมาณน้ำไขสันหลังออก 20-40 มิลลิลิตรต่อเวอร์ สีเหลืองปนน้ำตาล

วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 7)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4V5M6 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-24 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอไม่มีหอบเหนื่อย อัตราการเต้นของหัวใจ 60-80 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 110/62-136/80 มิลลิเมตรปรอท ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง EVD ตั้ง 10 เซนติเมตรน้ำ ปริมาณน้ำไขสันหลัง ออก 20-35 มิลลิลิตรต่อเวอร์ สีเหลืองอ่อน ไม่มีตะกอน

วันที่ 13 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 8)

แพทย์ตรวจเย็บมอาการ GCS E4V5M6 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง พิจารณายก EVD ตั้ง 20 เซนติเมตรน้ำ ปริมาณน้ำไขสันหลังออก 10-20 มิลลิลิตรต่อเวอร์ สีเหลืองใสไม่มีตะกอนขุ่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.0-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68-84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-22 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 100/65-125/84 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปวดศีรษะ ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง กำลังแขนยกต้านแรงได้ทั้งสองข้าง กำลังขายกได้เองสองข้าง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

แต่ต้านแรงได้ไม่เต็มที่ ปัสสาวะปกติไม่มีแสบขัด ถ่ายอุจจาระสีเหลืองอ่อนนุ่ม นอนหลับได้ดี

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 9)

แพทย์ตรวจเย็บมอากร GCS E4V5M6 pupil 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีบวมแดง หลังทำการตั้ง EVD 20 เซนติเมตรน้ำ ผู้ป่วยไม่มีปวดศีรษะ จึงพิจารณาถอดสายระบาย EVD หลังจากถอดสายระบายเลือดในโพรงสมอง เย็บแผลด้วย staple 2 stitch ผู้ป่วยไม่มีปวดศีรษะ แผลไม่ซึม ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.0-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 110/66-136/88 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้านและดูแลทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องโรงพยาบาลใกล้บ้านวันพรุ่งนี้

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2567 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 10)

แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ อาการก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่องตรงคำถาม GCS E4V5M6 pupil 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง กำลังแขนสองข้างต้านแรงได้ดี กำลังขาสองข้างต้านแรงได้ แต่ยังยืนทรงตัวไม่ได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน ไม่เวียนศีรษะ หลังจำหน่ายกลับบ้านญาติจะต้องนำผู้ป่วยเดินทางกลับบ้านภูมิลำเนาจังหวัดปทุมธานีทันที และไม่สะดวกมาติดตามอาการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้ป่วยและญาติได้รับการให้คำแนะนำดูแลตัวเองหลังจำหน่าย การปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติให้เข้าพบแพทย์ โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง แนะนำการทำแผลผ่าตัดที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทุกวัน วันๆละครั้ง จนถึงวันตัดไหม แนะนำการสังเกตแผลผิดปกติ เช่น แผลบวมแดง มีน้ำไหลซึมออกจากแผล ปวดแผล มีไข้สูง ปวดศีรษะมาก ผู้ป่วยซึมลง ชักเกร็ง ให้พบแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ สามารถทวนซ้ำคำแนะนำได้ถูกต้อง จำหน่ายโดยผู้ป่วยนั่งรถเข็นกลับบ้านพร้อมญาติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การพยาบาลระยะวิกฤติ

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกคั่งในสมอง
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสสายระบาย EVD เลื่อนหลุด
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะ

การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากบกพร่องในการเคลื่อนไหว
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีภาวะท้องผูก เนื่องจากบกพร่องการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพของโรค

การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

4.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ราย
- 4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
- 4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีภาวะคั่งในโพรงสมอง และได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายเลือดในโพรงสมอง รวมถึงแนวคิดทางการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
- 4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
- 4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
- 4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่ายก่อนย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
- 4.2.7 เรียบเรียงผลงาน เขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะเลือดคั่งในโพรงสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายในโพรงสมอง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะเลือดคั่งในโพรงสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายในโพรงสมอง จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2567 รวมระยะเวลาดูแล 11 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด และหลังการผ่าตัดใส่สายระบายในโพรงสมอง โดยใช้กระบวนการการพยาบาลที่มีความรู้ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแลหลังผ่าตัด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติได้รับการให้ข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และมีความพึงพอใจในการให้การดูแลรักษาและพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะเลือดคั่งในโพรงสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายในโพรงสมอง

6.2 ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะเลือดคั่งในโพรงสมอง ที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายในโพรงสมอง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองหรือหลอดเลือดสมองแตก มีปัญหาด้านการรับรู้สื่อสารไม่เข้าใจ ในกระบวนการดูแลการรักษและการพยาบาลต้องอธิบายให้ข้อมูลญาติ และญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งการวางแผนดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวที่มีภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัด ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดได้ ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค ความเสี่ยงขณะผ่าตัด แนวทางการรักษา การผ่าตัด และผลการรักษาหลังผ่าตัด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ส่งผลให้การติดต่อสื่อสารกับญาติในช่วงแรกลำบากเนื่องจากผู้ป่วยเดินทางข้ามรถแท็กซี่มาส่งผู้โดยสารคนเดียวที่จังหวัดสระแก้ว และการเตรียมความพร้อมจำหน่ายกลับบ้าน การประสานงานส่งต่อและบันทึกการรักษาเพื่อไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้านให้ครอบคลุมและเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามระบบ

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีพยาบาลที่ผ่านการเรียนพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์
2. ควรมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองและกระดูกสันหลัง สถาบันประสาทวิทยา
3. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการใช้อุปกรณ์ EVD การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ได้รับผ่าตัดสมองอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย
4. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองและได้รับการผ่าตัดสมอง ที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายโรค
5. ควรมีแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกและคั่งในโพรงสมองที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายในโพรงสมองออกสู่ด้านนอก และการประเมินความเข้าใจซ้ำหลังให้คำแนะนำ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เกิดความพึงพอใจในด้านการรักษาพยาบาล
6. ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายสามารถทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันแรกจนถึงกลับบ้าน เพื่อป้องกันและเพื่อลดความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาววิชุดา ปัตนารินทร์ ผู้เสนอมีส่วนส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วิชุดา ปัตนารินทร์

(นางสาววิชุดา ปัตนารินทร์) ผู้ขอประเมิน

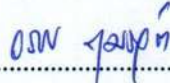
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 10 / ตุลาคม / 2568

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววิชุดา ปัตนารินทร์	วิชุดา ปัตนารินทร์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางอรชร ตุมระวัด)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการพยาบาล)

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

(วันที่) 10 / ๗๐๓๖ / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 14 / ๗๐๓๖ / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 14 พ.ย. 2568 /

(ลงชื่อ) 

(นายพัลลภ ยอดศิริจินดา)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 17 พ.ย. 2568 /

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย

2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือภาวะเลือดออกในสมอง คือ ภาวะที่มีเลือดออกที่เกิดภายในเนื้อสมอง โดยเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองส่วนข้างเคียงกับก้อนเลือดที่เกิดจากเลือดออกนั้นถูกกดเบียด ส่งผลให้มีอาการผิดปกติต่างๆ ทางระบบประสาทเกิดขึ้น อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เลือดออกในสมองซ้ำ เส้นเลือดสมองอุดตันซ้ำ สมองบวม ภาวะความดันในสมองสูง หรือ ผลติดเชื้อ เป็นต้น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณ และตำแหน่งเลือดออกในสมอง ซึ่งผู้ที่มีเลือดออกในสมอง 8-12 % ของพื้นที่ในกะโหลกศีรษะมักได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ภัทรวิทย์รักษกุล, 2561) การบำบัดรักษาทางศัลยกรรมของโรคหลอดเลือดสมองแตกที่สำคัญ คือ การผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ปี 2565, 2566 และ 2567 ได้แก่ 764, 826 และ 958 ราย ตามลำดับและมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองเอาเลือดออก จำนวน 450, 534 และ 599 รายตามลำดับ หลังผ่าตัดมีผู้ป่วยใส่สายระบายเลือดหรือสารคัดหลั่ง (Drain) ทุกราย ติดมากับผู้ป่วย ซึ่งสายระบายนี้ต่อเข้ากับขวดเก็บสารคัดหลั่งที่มีหลายชนิด เช่น Radivac drain, EVD และ สายระบายยางเหลือง เป็นต้น ในปี 2565, 2566 และ 2567 พบว่าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุเกิดอุบัติเหตุการฉีกขาดสายระบายเลื่อนหลุด จำนวน 6, 7 และ 8 รายตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ้ำ (Re-operation) จำนวน 1, 1 และ 1 ราย (หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2568) ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย โดยการทำป้ายเตือนระวังสายระบายเลื่อนหลุดในผู้ป่วยที่ยังมีสายระบายอยู่และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมในการดูแลสายระบาย เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมให้กับบุคลากรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ทำให้หลอดเลือดมีการฉีกขาดและมีภาวะเลือดออกตามมา ก้อนเลือดที่เกิดขึ้นขนาดใหญ่ (Hematoma) จะส่งผลให้เกิดภาวะสมองบวม (Brain edema) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure: IICP) และภาวะสมองเคลื่อน (Brain herniation) ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ ได้รับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ จะส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตตามมาในที่สุด (ฐิตาพร วรภักษ์วิศิษฐ์ และคณะ, 2564) สิ่งสำคัญในการรักษา hemorrhagic stroke คือ การวินิจฉัยให้ได้รวดเร็วที่สุดและลดโอกาสการเพิ่มขนาดของเลือดออก โดยการควบคุมความดันโลหิต รวมถึงแก้ไขภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ รวมถึงกรณีจำเป็นต้องผ่าตัดจำเป็นต้องลดความเสียหายอย่างถาวรจากแกนสมองถูกกดทับให้เร็วที่สุดเช่นกัน ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่รักษาด้วยยาแล้ว

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัดตามตำแหน่งเลือดออก ดังนี้ (พिरาลักษณ์ ลาภหลาย และคณะ, 2562)

1.Craniotomy, 2.Craniotomy aneurysm clipping, 3.Vascular bypass, 4.Craniotomy resection of AVM, 5.Craniectomy, 6.Burr hole และ 7.Ventriculostomy ซึ่งการผ่าตัดแต่ละชนิดแพทย์จะทำการใส่สายระบายที่เรียกว่า Drain เพื่อระบายเลือดออกจากตำแหน่งได้ชั้นสมอง Drain หมายถึง ท่อระบาย หรือการระบายของเหลว ได้แก่ เลือด, น้ำเหลือง, หรือของเหลวอื่นๆ ที่คั่งค้างอยู่ในบริเวณที่ต้องการ ซึ่งในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุจะต้องดูแลสายระบายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ได้แก่ Radivac Drain, EVD และ สายระบายยางเหลือง เป็นต้น

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ พบการเกิดอุบัติการณ์สายระบายเลื่อนหลุด ในปี 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 6, 7 และ 8 รายตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ้ำ (Re-operation) จำนวน 1, 1 และ 1 ราย เมื่อเกิดอุบัติการณ์สายระบายเลื่อนหลุด ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การคั่งค้างของเลือดหรือสารคัด หลังบริเวณแผล แผลเกิดการติดเชื้อ และผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ (Re-operation) จากการทบทวนพบว่า ตำแหน่งที่หลุดเป็นตำแหน่งข้อต่อของสาย ที่ไม่ได้ยึดตรึงสายให้มั่นคง และไม่ได้มีการพันข้อต่อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 สาเหตุหลัก ได้แก่ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองการรับรู้จะลดลงและเกิดภาวะสับสน (Delirium and Agitation) ดึงสายระบาย ผู้ป่วยมีอาการผุดลุกผุดนั่งขณะนอนอยู่บนเตียงทำให้สายระบายเกิดการดึงรั้งและเลื่อนหลุด หรือเมื่อผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวไปมา จึงทำให้เกิดการเลื่อนหลุดได้ และสาเหตุจากผู้ดูแล เช่น ขณะเจ้าหน้าที่ทำการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ขาดความระมัดระวังทำให้เกิดสายระบายดึงรั้ง หรือสายระบายชนิด EVD จะมีลักษณะสายที่ยาวกว่า Drain ชนิดอื่น ทำให้สาย EVD ไปคล้องกับเตียงนอนเมื่อมีการปรับระดับเตียงทำให้สายระบายเกิดการดึงรั้งและเลื่อนได้ง่าย

ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์สายระบายเลื่อนหลุด โดยการทำป้ายเตือนระวังสายระบายเลื่อนหลุด การดูแลขวดเก็บสารคัดหลัง (ขวดDrain) ทำงานได้ตลอดการรักษาของแพทย์ และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมในการดูแลสายระบาย เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจใน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้ชัดเจนยิ่งขึ้น วิธีการดูแลสายระบายที่ถูกต้องจะช่วยลดความภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงต่างๆได้ เช่น ลดอุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำ ลดการติดเชื้อ และส่งเสริมการหายของแผลได้ อีกทั้งยังสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและช่วยลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย
2. เพื่อลดอุบัติการณ์การผ่าตัดซ้ำ (Re-operation) ที่มีสาเหตุมาจากการเลื่อนหลุดของสายระบาย
3. เพื่อลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายระบายในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนธันวาคม 2568 – พฤษภาคม 2569

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองใส่สายระบายทุกราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา ทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองใส่สายระบาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ปรึกษาหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดและลดอุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำ (Re-operation)
4. ประชุมชี้แจงทีมพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย และทดลองใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
5. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย ดังนี้
 - 5.1 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาจัดทำป้ายแจ้งเตือนสายระบายเคลื่อนหลุด
 - 5.2 ให้พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นคนนำป้ายแจ้งเตือนไปแขวนบริเวณหัวเตียง
 - 5.3 เมื่อดูแลผู้ป่วยลงเตียงพักฟื้นที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ให้ปรับระดับเตียง 30 องศา จากนั้นให้ตรวจสอบสายระบายที่ติดตัวผู้ป่วยมาจากห้องผ่าตัด
 - 5.4 ตรวจสอบตำแหน่ง mask site ของสายระบาย จากนั้นให้เขียนระดับตำแหน่งมาติดไว้กับป้ายแจ้งเตือน เช่น mask site 12 เซนติเมตร
 - 5.5 ให้พยาบาลทำการยึดติดสายระบาย ด้วยพลาสติกชนิดยึดได้ บริเวณหนังศีรษะ ตำแหน่งเหนือหูหรือหลังใบหู ด้านที่สายระบายพาดผ่าน และบริเวณลำคอ
 - 5.6 กำหนดให้พันข้อต่อของสายระบาย ด้วยพลาสติก fixomull โดยตัดขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 ชิ้น และกำหนดวิธีพันข้อต่อโดย พลาสติกชั้นที่ 1 พันตรงกลางข้อต่อ และวนเข้าด้านใน ชั้นที่ 2 พันตรงกลางข้อต่อ และวนออกด้านนอก
 - 5.7 หลังการผ่าตัด ใน 1 ชั่วโมง ให้ประเมิน GCS ของผู้ป่วย หากผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ให้ผูกมัดมือทั้งสองข้างไว้จนกว่าผู้ป่วยจะมีระดับคะแนน GCS 15 คะแนน โดยต้องขออนุญาตจากญาติก่อนทุกครั้ง
 - 5.8 กรณีผู้ป่วยมีภาวะสับสน Delirium and Agitation ให้ประเมิน pain score และพิจารณาให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินอาการซ้ำหลังให้ยา 30 นาที หากอาการดังกล่าวยังคงอยู่ในรายงานแพทย์ แพทย์อาจพิจารณาให้ยาลดอาการรบกวน
 - 5.9 ดูแลจัดสายระบายให้วางในตำแหน่งที่ความ ยาวเหมาะสม สามารถพลิกตะแคงตัวได้ ไม่ดึงรั้ง
 - 5.10 เมื่อเปลี่ยนเวร ให้พยาบาลตรวจสอบตำแหน่งพลาสติก และให้จดบันทึก mask site ร่วมกัน

5.11 ตรวจสอบโดยการตรวจเยี่ยมในทุกเวอร์ หากพบว่าไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันสายระบายเลื่อนหลุด ให้ดำเนินการแก้ไขทันที

6. นำรูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย ไปใช้ในหน่วยงาน

7. นิเทศ กำกับ ติดตามผล รายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย เป็นแนวทางเดียวกัน

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมองไม่เกิดอุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำจากการเกิดอุบัติการณ์เลื่อนหลุดของสายระบาย

3. ไม่เกิดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายระบายในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีสายระบาย จำนวน 1 แนวทาง

2. จำนวนอุบัติการณ์การผ่าตัดซ้ำ ที่มีสาเหตุจากการเลื่อนหลุดของสายระบาย เท่ากับ 0 ครั้ง

3. จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายระบาย เท่ากับ 0 ครั้ง

(ลงชื่อ) วิชุดา ปัตนารินทร์

(นางสาววิชุดา ปัตนารินทร์) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 10 / พฤษภาคม / 2568