

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะขาดสุรา

นิตย์ อุ๋นบางหลวง, พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลตราด

E-mail: moonit1017@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 45 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราด ที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ร่วมกับอาเจียน ผู้ป่วยรู้สึกตัว ประเมินอาการทางระบบประสาท (Glasgow Coma Scale; GCS) ได้ 12 คะแนน (E4V4M4) ลืมตาได้เอง พูดสับสน ชักแขนขาหนี มีอาการอ่อนแรงของแขนขาซีกขวา (grade1) ยกแขนขาซีกซ้ายได้แต่ด้านแรงไม่ได้ (grade3) ขนาดรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง มือ 2 ข้างสั้น ไม่มีชักเกร็ง อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 206/131 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 98 เปอร์เซ็นต์ CT brain Non contrast พบ Intraparenchymal hematoma at left putamen measuring about 4.3 x 3 x 4.2 cm. No midline shift แพทย์วินิจฉัย Left basal ganglia hemorrhage ให้ยาควบคุมความดันโลหิต Nicardipine (1:5) และยาลดสมองบวม 20% mannitol 250 มิลลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ และให้เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ระหว่างรักษาระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS 8 คะแนน (E4V1M3) ความดันโลหิต 186/107 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ Set OR for Left temporal craniotomy with remove hematoma ทันที แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา ผลของการผ่าตัด ญาติเข้าใจและยินยอมรับการผ่าตัด ประสานทีมห้องผ่าตัด เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ตามแผนการรักษา หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยใจ เป็นผู้ป่วยวิกฤต และกลับมาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม การพยาบาลที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจน เฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ ดูแลดูแลเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ตรวจประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1-2 ชั่วโมง เฝ้าระวังสัญญาณเตือนของความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนภาวะปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยมีภาวะแมกนีเซียม โปตัสเซียม คลอไรด์และโซเดียมคลอไรด์ต่ำ แพทย์ให้ KCL 40 mEq ผสมในสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ และ 50% MgSO₄ 4 มิลลิตร ผสมในสารน้ำ 5 % DW 100 มิลลิตรหยุดเข้าทางหลอดเลือดดำ มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการคลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นผิดจังหวะ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะปกติ หลังผ่าตัด 1 วัน GCS เท่ากับ 10T คะแนน (E4VTM6) ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ หายใจเองได้ ไม่มีหอบเหนื่อย SpO₂ 99-100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราปริมาณมากกว่า 1 ขวดต่อวันนานมากกว่า 10 ปีหยุดดื่ม 2 วันหลังเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย มือสั่น ประเมินอาการขาดสุราอยู่ในระดับรุนแรง (CWA) มากกว่า 19 แพทย์วินิจฉัยเป็น Alcohol withdrawal ส่งปรึกษาแพทย์แผนกจิตเวช เพื่อรักษาภาวะขาดสุรา แพทย์รักษาด้วยาระงับประสาทเพื่อให้อาการสงบ ฤทธิ์ของยาทำให้เกิดอาการง่วงซึมผู้ป่วยจะนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ส่งผลต่อการประเมินแยกอาการระหว่างประสาทจากพยาธิสภาพสมองหรือจากการใช้ยา ต้องสังเกตและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดรวมถึงให้ความรู้ คำแนะนำกับญาติให้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคนี้

มีความซับซ้อนกันและการรักษาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวจะสามารถประเมินได้ หากพบมีอาการผิดปกติขณะอยู่โรงพยาบาลหรือเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถพามาพบแพทย์ได้ หลังได้รับการรักษาอาการขาดสารสามารถควบคุมได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสารสัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดที่ศีรษะตัดใหม่ได้ตามกำหนดไม่พบการติดเชื้อ ประเมินอาการทางระบบประสาท พบ ผู้ป่วยมีแขนขาขวาอ่อนแรง (grade1) ยกแขนขาซ้ายซ้ายได้แต่ต้านแรงไม่ได้ (grade3) ส่งปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีในการฝึกบริหารกล้ามเนื้อแขนขา ไม่พบปัญหาข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ ประเมิน Barthel index เท่ากับ 2/20 คะแนน ฝึกการกลืนอาหาร ผู้ป่วยยังไม่สามารถกลืนอาหารได้เอง จึงต้องให้อาหารทางสายยางต่อเนื่อง แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงานเวชกรรมสังคมเพื่อจัดหาอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนจำหน่าย ส่งข้อมูลไปที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Thai COC Center) เพื่อติดตามเยี่ยม ทบทวนการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ พร้อมจำหน่ายกลับบ้าน เตรียมยากลับบ้าน นัดมาติดตามอาการ นัดประเมินฝึกกลืนอาหารซ้ำที่งานเวชกรรมฟื้นฟู และนัดติดตามอาการทางศัลยกรรมประสาทพร้อมแผนกจิตเวช รวมนอนโรงพยาบาลและอยู่ในความดูแล 17 วัน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นภาวะที่มีเลือดออกในสมองที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ พบว่าเป็นภาวะที่มีการพยากรณ์โรคค่อนข้างแย่ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอัตราการตายร้อยละ 35-52 ใน 30 วันแรกและครึ่งหนึ่งเสียชีวิตภายใน 2 วันแรก มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ การวินิจฉัยและเริ่มการรักษาตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรกของโรค การประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวัง และติดตามอาการทางระบบประสาทที่รวดเร็ว เป็นปัจจัยที่สำคัญในการวางแผนให้การรักษา เพื่อให้การดำเนินโรคเป็นไปในทิศทางที่ดี ไม่มีความพิการ หรือเสียชีวิตได้ (กุลพัฒน์ วีรสาร, 2561)

พยาธิวิทยา (สุริรัตน์ สุวัชรังกูร, 2558)

ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะจากเส้นเลือดในสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเนื้อสมองส่วน white matter บริเวณ basal ganglia ซึ่งส่วนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดคือ putamen ก้อนเลือดจะทำลายและกดเนื้อสมองในบริเวณนั้น ทำให้บริเวณรอบๆก้อนเลือดเนื้อสมองจะบวม เป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันภายในกะโหลกสูงขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้สึกตัว แขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยจะค่อยๆ ซึมลงจนในที่สุดไม่รู้สึกรู้ตัว และเสียชีวิตจากก้านสมองทำหน้าที่ผิดปกติ ดังนั้นหากมีพยาธิสภาพที่ทำให้ปริมาตรของส่วนประกอบเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงภายใน 24-72 ชั่วโมงแรก และยังมีโอกาสเกิดได้สูงสุดใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ความสามารถในการรักษาระดับความดันในกะโหลกศีรษะนี้มีขีดจำกัด และขึ้นอยู่กับปริมาตรที่เพิ่มขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ หากยังมีปริมาตรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องความดันในกะโหลกศีรษะจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากการเพิ่มปริมาตรของส่วนประกอบในกะโหลกศีรษะที่เกินความสามารถในการรักษาความสมดุลภายในสมอง จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่กล่าวมาโรคหลอดเลือดสมองแตกจึงเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะยังคงมีความพิการทางร่างกายหลงเหลืออยู่

อาการและอาการแสดง (พิชเยนทร์ ดวงทองพล, 2563)

ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะจากเส้นเลือดในสมองแตก จะพบอาการปวดศีรษะรุนแรง โดยไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ ตามัวฉับพลันอาจพบเป็นตาข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ วิงเวียน หรือเดินเซฉับพลัน พูดสับสนฉับพลัน พูดไม่ออก หรือพูดไม่ชัด มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวฉับพลัน อาการขาหรืออ่อนแรงใบหน้า แขน หรือขาฉับพลัน อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเส้นเลือดที่แตกและความเสียหายของสมอง เลือดที่ออกในเนื้อสมองและเลือดออกนอกเนื้อสมองจะส่งผลกระทบแตกต่างกัน จึงแบ่งอาการผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม (พิชเยนทร์ ดวงทองพล, 2563)

1. ภาวะหลอดเลือดสมองแตก จะทำให้มีการเพิ่มปริมาตรภายในกะโหลกศีรษะส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ร่วมกับมีอาการแสดง ของ Cushing's reflex ร่วมด้วย คือ ความดันโลหิตสูง ชีพจรช้า หายใจไม่สม่ำเสมอ บางครั้งอาจพบไม่ครบอาการแสดงทั้งหมด อาจผิดปกติเพียงความดันโลหิตสูง แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรง ก็ให้พึงระวังว่าจะเป็น Cushing's reflex ได้
2. การตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท มักเกิดร่วมกับอาการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ basal ganglia มักจะทำให้ผู้ป่วย มีอาการอ่อนแรงแขนขาตรงกันข้ามเนื่องจาก อยู่ตำแหน่งใกล้ posterior limb ของ internal capsule ซึ่งมี corticospinal tract โดยมักมีลักษณะอ่อนแรงมากและแขนขา มีระดับการอ่อนแรงใกล้เคียงกัน
3. Alteration of consciousness มี 2 ส่วน คือ level of consciousness และ cognitive function มีผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว สติปัญญา ความเฉลียวฉลาด ภาษา และการคิดคำนวณ แย่ลง

สาเหตุของ hemorrhagic stroke

1. โรคความดันโลหิตสูง หากรักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่มีการควบคุมระดับความดันโลหิต ทำให้ความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานานจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดในสมองหนาและแข็งตัว เกิดการแตกของหลอดเลือดได้
2. ภาวะ Chronic subdural hematoma ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะสมองฝ่อ ทานยาละลายลิ่มเลือด
3. ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำเพราะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลขยายหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้นส่งผลให้เส้นเลือดแตกได้
4. ส่วนสาเหตุอื่นๆที่พบภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ หลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (ruptured cerebral aneurysm) เนื้องอกสมอง (brain tumor) สามารถแสดงอาการเลือดออกในสมองได้โดยเฉพาะเนื้องอกชนิดมะเร็ง ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) จากการใช้ยาละลายลิ่มเลือด หลอดเลือดสมองอักเสบ (vasculitis) (พิชเยนทร์ ดวงทองพล, 2563)

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (พิชเยนทร์ ดวงทองพล, 2563)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ ลดโอกาสการเพิ่มขนาดของเลือดออกโดย การควบคุมความดันโลหิตต้องให้ยาควบคุมความดันโลหิตภายใน 3-4 ชั่วโมงแรก เพื่อลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/105 มิลลิเมตรปรอท เพราะเป็นช่วงที่มีการขยายของขนาดเลือดออกได้มากที่สุด (พิชเยนทร์ ดวงทองพล, 2563) โรคหลอดเลือดสมองแตกและมีความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้เพิ่มแรงดันกำซาบเนื้อเยื่อสมอง (Cerebral perfusion pressure; CPP) ทำให้ขนาดก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ สมองบวมร่วมด้วย กรณีหลอดเลือดสมองแตก และมีความดันในกะโหลกศีรษะสูงผู้ป่วย ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออกทันที ซึ่งการผ่าตัดอาจทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อเอาก้อนเลือดออก (Craniotomy remove blood clot)
2. ผ่าตัดระบายน้ำในโพรงสมองออกนอกร่างกาย (Ventriculostomy)
3. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (Decompressive craniectomy)

นอกจากนี้ยังต้องมีการประเมินการหายใจ ต้องให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ ดูแลให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/100 มิลลิเมตรปรอท ให้ได้รับยากันชัก ยาลดสมองบวมและเฝ้าติดตามความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างใกล้ชิด ดูแลให้อุณหภูมิในร่างกายอยู่ในระดับปกติ เพื่อช่วยลดเมตาบอลิซึมของสมองและทำให้ปริมาณเลือดที่ไปสมองและความดันในกะโหลกศีรษะลดลง ประเมินการหายใจ ให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ที่ 80-180 mg% ติดตาม Electrolyte เพราะเลือดออกในสมองจะทำให้เกิดภาวะ Hyponatremia นอนยกศีรษะสูง 20-30 องศาจะช่วยให้เลือดดำไหลเวียนออกจากสมองได้ดี หากก้อนเลือดมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ต้องรีบทำการผ่าตัดโดยขนาดของก้อนเลือดมีขนาดใหญ่กว่า 30 มิลลิเมตร มีภาวะ hydrocephalus ที่ไม่สามารถควบคุมแต่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะได้ ให้ได้รับยากันชัก ยาลดสมองบวมและเฝ้าติดตามความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างใกล้ชิด ดูแลให้อุณหภูมิในร่างกายอยู่ในระดับปกติ เพื่อช่วยลดเมตาบอลิซึมของสมองและทำให้ปริมาณเลือดที่ไปสมองและความดันในกะโหลกศีรษะลดลง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (นลินี พสุคันธภัก และ วันเพ็ญ ภิญญญาสกุล, 2557; ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561; สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2563)

โรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นภาวะที่มีเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นโรคที่อันตรายควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด เพราะต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน การรักษาที่สำคัญ คือ การลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยทำผ่าตัดสมองเพื่อนำก้อนเลือดออก ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาทุกระยะของการเข้ารับการรักษา ทั้งประเมินอาการและอาการแสดง เฝ้าระวังสัญญาณเตือนของความดันในกะโหลกศีรษะที่อาจเพิ่มสูงขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. ชักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การแพ้ยา แพ้อาหาร การใช้ยาชนิดต่างๆ เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติเลือดออกง่ายหยุดยาก ประวัติการจัดฟัน
2. การประเมิน เฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากพบผู้ป่วยมีอาการ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง กำลังของแขนขาลดลง หายใจผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ทันที
3. เฝ้าระวังระบบการหายใจล้มเหลว มีการประเมินสัญญาณชีพร่วมกับระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale; GCS) ผู้ป่วยที่มี GCS \leq 8 ควรได้รับการช่วยหายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจ
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนท่านอน ประเมินความปวด การระวังไม่ให้สายระบายเลื่อนหลุด หักพับงอ ห้ามดึงสาย แกะเกาแผล
5. การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย งดน้ำและอาหาร เตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด ความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสารความยินยอมในการผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และผลการรักษาเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ

กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดระยะวิกฤต

1. การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2560) ดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกการเปลี่ยนแปลง สังเกตการทำงานของ Ventilator เช่น Mode Ventilator, Tidal Volume (TV), Inspiratory pressure (IP), Fraction of inspired oxygen (FiO₂), Respiratory rate (RR), Inspiratory Flow rate (IF) และ I:E ratio, Positive end expiratory pressure (PEEP), Flow sensitivity และการตั้งสัญญาณเตือน จัดทำผู้ป่วยที่เหมาะสมให้ทางเดินหายใจโล่ง ใส่ Oral airway ประเมินอาการด้านเครื่องช่วยหายใจ ที่เกิดจากอาการปวด กลั้วขาดออกซิเจน หรือเสมหะอุดตัน ประเมินความต้องการดูดเสมหะและดูดเสมหะทุกครั้งที่มีทางช่องปาก Oropharyngeal และทางหลอดลม ดูแลให้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ตรวจสอบตำแหน่ง Endotracheal tube วัดความดันของ cuff และยึดติดพลาสติกและระวางการตั้งรั้ง ประเมิน air way pressure ทุก 1-2 ชั่วโมง และฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง สังเกตการหายใจ อาการของ respiratory distress (อัตรการหายใจ ความลึก และการใช้กล้ามเนื้อช่วยการหายใจ) การหายใจลำบาก ภาวะ Cyanosis ระดับความรู้สึกตัว Monitor สัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ทุก 15-30 นาทีจนกว่าอาการคงที่ ติดตามผล Arterial Blood gas (ABG) และผลเอกซเรย์ปอดเพื่อติดตามภาวะปอดบวมและตำแหน่งท่อช่วยหายใจ แนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้ข้อมูลกับญาติและผู้ป่วย ให้กำลังใจและความมั่นใจในการรักษา ช่วยเหลือในการทำความสะอาดช่องปากและแปรงฟัน รวมถึงดูแลการพักผ่อน ประเมินอาการและสาเหตุของอาการนอนไม่หลับและให้ยาตามการรักษาของแพทย์ ฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ภาวะพร่องออกซิเจน การติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator- Associated Pneumonia; VAP) รวมทั้งประเมินเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ และส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวัน

2. การดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจและการถอดท่อช่วยหายใจ (ศรัญญา จุฬารีย์ และคณะ, 2565)

2.1 ประเมินความพร้อมที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วยการประเมิน 1) สาเหตุของ Respiratory failure 2) ความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบการเผาผลาญของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และ 3) แนวทางการแก้ไขปัญหาค่าความไม่พร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เช่น การจัดการกับความปวด การนอนหลับและการพักผ่อน การสนับสนุนทางด้านจิตใจ

2.2 การหย่าเครื่องช่วยหายใจ มี 2 วิธี คือ 1) การเริ่มให้ผู้ป่วยทดลองหายใจด้วยตนเองเป็นเวลา 30-120 นาที โดยเลือกวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เมื่อหายใจผ่านเครื่องได้แล้ว ปล่อยให้ใช้ T-piece oxygen วิธีนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอด ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกระบังลมและ 2) การหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบค่อยเป็นค่อยไปสลับกับการให้ออกซิเจนผ่านเครื่องช่วยหายใจ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ครั้งใน 30 นาทีแรก หากพบอาการ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก กระสับกระส่าย วิดก กังวลมากขึ้น หรือเหงื่อออกมาก (Diaphoresis) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมให้ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไปยกเลิกการทดลองหายใจด้วยตนเองและประเมินซ้ำในเช้าวันรุ่งขึ้น

2.3 ระยะถอดท่อช่วยหายใจ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยควรมีสิ่งต่อไปนี้ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง มีรีเฟล็กซ์ของการไอ มีรีเฟล็กซ์ของการขย้อน มีความคงที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทดสอบ Cuff leak test ได้ผล positive เมื่อการประเมินผ่านทุกรายการ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนและ 2 ชั่วโมงขณะถอดท่อช่วยหายใจ ต้องดูดเสมหะในปากก่อนและตามด้วย หลอดลมให้หมด จัดให้ออนสิริระสูง 30-45 องศา ปล่อยลมนจาก cuff ให้หมดให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที แล้วจึงถอดท่อช่วยหายใจออก ฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 24 ชม. และ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ต้อง ให้ Oxygen Humidifier, Mouth care, Monitor vital signs, และ

ประเมินภาวะ difficult breathing ได้แก่ RR > 30 ครั้ง/นาที หรือ < 10 ครั้ง/นาที, เสียง stridor, PaO₂ < 60 mmHg, PCO₂ > 15%, SpO₂ > 90%, Gag reflex positive, psychosocial problem และ Re-intubation หรือไม่

3. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ให้อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมและใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติตามแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจ

4. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยจัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลำคอตรง สะโพกไม่งอมากกว่า 90 องศา สังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ คือ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่งโดยไม่มีอาการคลื่นไส้มาก่อน ความดันโลหิต systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressure จะต่ำลง อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลงไม่สม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ประเมินความปวดและจัดการความปวด โดยใช้ Pain scale ทุก 4-6 ชั่วโมง ดูแลแผลผ่าตัด ทอระบายให้ไหลสะดวก ไม่ติ่งรั้ง

5. ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ กำลังของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง ภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน เป็นภาวะที่พบบ่อยหลังผ่าตัดและต้องเฝ้าระวังความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมองและสมองบวมได้

6. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะ Hypovolemic shock หากมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มีอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง บันทึกน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ประเมินและสังเกตอาการของภาวะโปตัสเซียม และโซเดียมที่ผิดปกติ ติดตามผลตรวจ Electrolyte และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

กิจกรรมพยาบาลหลังผ่าตัดพื้นระยะวิกฤต

1. ประเมินและเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจ อาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ควรได้รับการช่วยหายใจและให้ออกซิเจนตามความเหมาะสม

2. ป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด อาการปวดบวม แดงร้อน ถ้าพบแผลเปื่อยซึมต้องแจ้งแพทย์ทราบทันที ดูแลระบบการไหลของท่อระบายต่างๆ เป็นระบบปิด ไม่ให้มีการหัก งอ พับ ติดตามการรายงานผลการส่งเพาะเชื้อ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตาม การรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

3. ดูแลให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ประเมินและบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก ป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน

4. ทบทวน สอน ฝึกทักษะการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ เปลี่ยนท่านอน และประเมินความปวดด้วยตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ กระตุ้นการ Ambulation ในผู้ป่วยที่แขนขาอ่อนแรงต้องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่ ปรึกษากายภาพบำบัด เพื่อทำ Active Exercise หรือ Passive Exercise

กิจกรรมการพยาบาลระยะฟื้นฟู

1. มีการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง
2. การเฝ้าระวังการเกิดอาการชักเกร็ง การป้องกันอุบัติเหตุ ให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามการรักษาของแพทย์
3. ส่งเสริมการหายใจของแผลผ่าตัด การดูแลแผล การป้องกันการเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมเน้นโปรตีนสูง และประเมินการกลืน

4. ดูแลความสบายและความปลอดภัย การนอนหลับ ความสะอาดร่างกาย การปลดทุกข์ล้ม
5. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มียากใย ผัก ผลไม้ จัดให้ดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา กระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อเนื่อง
6. ส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร เลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม กระตุ้นผู้ป่วยให้มีการสื่อสาร
7. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำหรือ เช็ดตัว การสวมใส่หรือ ถอดเสื้อผ้าด้วยตัวเอง จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้
8. ดูแลให้ประคองแขน-ขา ข้างที่อ่อนแรง ไม่ดึงแขน ขาข้างที่อ่อนแรง เวลาเคลื่อนย้ายหรือทำกิจกรรม ถ้าแพทย์ให้ลุกเดินได้ ต้องประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หลีกเลี่ยงการนั่งห้อยขาหรืองอเข่าเป็นเวลานานๆ
9. ส่งเสริมด้านจิตใจ โดยประสานผู้ป่วยและญาติให้ได้พบแพทย์เพื่อฟังการดำเนินของโรคและแผนการรักษาพร้อมซักถามข้อสงสัย เพื่อสร้างความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel ADL Index สภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ อาหารและยา การสื่อสาร การรับรู้ และการขับถ่าย
2. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจโรค ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
3. เตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหลังผ่าตัดสมอง ฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร การพูด การเคลื่อนไหว การสังเกตอาการผิดปกติการป้องกันอันตรายหากมีอาการชัก การรับประทานยากันชักต่อเนื่อง
4. เตรียมพร้อมครอบครัวและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ การดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่ต้องพบแพทย์ แนะนำการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ กระบวนการส่งต่อ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน
5. ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ
6. การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการและเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้

ภาวะขาดสุรา (Alcohol withdrawal) (สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา และคณะ, 2564)

เป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาหรือสภาวะทางจิตใจ เกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุราหรือลดปริมาณการดื่มลง ทำให้สมองมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่น การลดลงของระบบประสาทยับยั้ง และการเพิ่มขึ้นระบบกระตุ้นประสาท โดยเฉพาะระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุรา อาการขาดสุรามักจะรุนแรงสูงสุดในวันที่สองหลังจากหยุดดื่มและมักจะดีขึ้นในวันที่ 4 หรือ 5 ก่อให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา แต่อาการบางอย่าง เช่น ภาวะวอร์นิกอฟสกี นอนไม่หลับระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ อาจยังคงอยู่ในระดับน้อย ๆ เป็นเวลานานถึง 3-6 เดือน

อาการและอาการแสดง

สามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. อาการขาดสุราเล็กน้อย เกิดได้ตั้งแต่ 6 - 36 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีอาการมือสั่น หงุดหงิด วิตกกังวล เล็กน้อย ปวดมึนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น
2. อาการขาดสุราปานกลาง เกิดในช่วง 24-72 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่น ตัวสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
3. อาการขาดสุรารุนแรง เกิดในช่วง 48-96 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีภาวะสับสนร่วมกับมีอาการ กระสับกระส่ายอย่างมาก เดินไปมามือสั่น ตัวสั่น สมาธิลดลง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ อาจเห็นภาพหลอน หูแว่ว

การบำบัดรักษาภาวะขาดสุรา

กระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรานั้น ประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินระดับการติดสุรา และการประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดยมีเครื่องมือที่ใช้การประเมินอาการขาดสุรา เช่น Alcohol Withdrawal Scale หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar) ซึ่งการบำบัดรักษาภาวะขาดสุราเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ที่ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้ โดยมีอาการขาดสุราน้อยที่สุดผู้ที่เสพติดสุรามักมีอาการผิดปกติเมื่อหยุดดื่ม บางรายอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ หลักการรักษภาวะขาดสุราประกอบด้วย 5S' ได้แก่

1. Sedation: การให้ยาระงับประสาทเพื่อทำให้อาการสงบ ได้แก่ Diazepam, Chlordiazepoxide หรือ Lorazepam
2. Symptomatic Relief: การบรรเทาอาการทางกาย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดจุกเสียด
3. Supplement: การเสริมวิตามิน ได้แก่ Thiamine (Vitamin B1) การให้วิตามินบีรวม
4. Supportive Environment: การจัดสิ่งแวดล้อม ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ และมี อากาศเย็นสบาย ป้องกันอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น การตกเตียง การทำร้ายตนเองและผู้อื่นจากอาการประสาทหลอน
5. Standard care: การดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์เพื่อค้นหาภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะขาดสุรา

ผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสุราชนิดรุนแรง ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ ภาวะติดเชื้อ โรคตับอ่อนอักเสบ และภาวะเลือดเป็นกรด หรือเกิดอาการกระสับกระส่าย สับสน อย่างรุนแรง หรือมีอาการสั่น ประสานหลอน ผู้ป่วยที่เผชิญอาการดังกล่าวข้างต้นควรรีบไปพบแพทย์ทันที เพราะอาจมีอาการรุนแรงขึ้นจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา และคณะ, 2564)

เป้าหมายของการพยาบาล คือ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับความสุขสบายจากอาการภาวะแทรกซ้อนทั้งทางกายและทางจิต ให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะขาดขาดสุรา ต้องมีการประเมินผู้ป่วยผู้ติดสุราอย่างครอบคลุม เพื่อการวางแผนการพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การซักประวัติ ควรจะถามให้ครอบคลุมของควมถี่ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน ระยะเวลาของการดื่ม เวลาและปริมาณที่ดื่มครั้งสุดท้าย ประวัติเป็นตัวแทนพยากรณ์ที่สำคัญ ถึงโอกาสที่จะเกิดอาการขาดสุราในครั้งต่อมา
2. การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย



3. ประเมินและติดตามระดับความรุนแรงอาการขาดสุรา โดยใช้แบบประเมินอาการขาดสุรา ที่นิยมใช้อยู่ มี 2 แบบคือ CIWA-Ar และ AWS เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินอาการขาดสุราแล้วมีเกณฑ์การแปลผลตามคะแนนดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อควบคุมอาการขาดสุราตามแนวปฏิบัติ

4. วางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยในระยะขาดสุรา

4.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุราและการรักษาของแพทย์ในภาวะขาดสุรา ประเมินอาการขาดสุราทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 3 วันซึ่งเป็นระยะที่พ้นจากการเกิดอาการขาดสุรา ตรวจวัดสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง

4.2 ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้ผ้าผูกยึดที่ข้อมือเพื่อป้องกันการกระดกเตียงผิวหน้าง เมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ

4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร สารน้ำอย่างเพียงพอ ประเมินจำนวนน้ำเข้าและออกแต่ละวัน ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์รับทราบ

4.4 ดูแลความสะอาดร่างกาย ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 4-6 ชั่วโมง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น

4.5 ให้อาตามแผนการรักษาของแพทย์ ฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา ได้แก่ อาการง่วงซึม เคลื่อนไหวไม่ได้ เดี๋ยวเซ มึนงง หายใจช้ากล้ำเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์ N

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 6 สิงหาคม 2565

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 206/131 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO₂) เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์

ลักษณะทั่วไป สูง 183 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) เท่ากับ 19.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รู้สึกตัว ประเมิน GCS 12 คะแนน (E4V4M4) สีมตา ได้เอง พุดคุยสับสน ชักแขนขาหนี เมื่อเจ็บ ขนาดรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง เท่ากัน 2 ข้าง มีมือ 2 ข้างสั้น ไม่มีชักเกร็ง

ระบบการหายใจ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO₂) เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีเสียงครืดคราด หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อย ทรวงอกสมมาตรได้รูปปกติ ไม่หนุนหรือบวม การขยายตัวสัมพันธ์กับการหายใจเข้า-ออก ฟังปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นชีพจร 88 ครั้งต่อนาที เสียงการเต้นของหัวใจไม่พบ murmur จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ปลายมือปลายเท้าไม่มีเขียวคล้ำ

ศีรษะใบหน้าและลำคอ ศีรษะได้รูป ผมน้ำตรง ตัดสั้นได้รูปทรง ใบหน้าเท่ากันสองข้าง ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบกะโหลกศีรษะแตก ใบหู รูปร่างสมมาตร เท่ากัน 2 ข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งหรือเลือดออกจากหู ตา เยื่อตาไม่เหลือง ตรวจดูขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันสองข้าง ปากรูปร่างปกติ ไม่มีฟันปลอม ไม่มีปากเปื่อย ไม่มีแผลในปาก พุดได้แต่มีสับสน คลำต่อมไทรอยด์ ต่อมน้ำเหลือง และ ต่อมนซิล ไม่บวมโต

ระบบทางเดินอาหาร ไม่มีท้องอืด ท้องไม่แข็งตึง กัดไม่เจ็บ ไม่พบรอยแผล คลำไม่พบตับม้ามโต

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	ลักษณะข้อต่อรูปทรงปกติ มีความแข็งแรง ไม่มีผิดปกติ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง (grade1) แขนขาข้างซ้ายยกได้แต่ต้านแรงไม่ได้ (grade3)
ระบบประสาทรับความรู้สึก	รู้สึกตัว Glasgow Coma Scale (GCS) 12 คะแนน (E4V4M4) ลืมตาได้เอง พูดคุย สับสน ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า มือ 2 ข้างสั้น
ระบบทางเดินปัสสาวะ	กระเพาะปัสสาวะอ่อนนุ่ม ไม่แข็งตึง ไม่มี bleeding per penis ปัสสาวะเองได้ ลักษณะสีเหลือง ไม่มีแสบขัด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.Liver Function Test วันที่ 21 กรกฎาคม 2565

ชนิด	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	แปลผล
Total Bilirubin	0.3-1.2 mg/dl	3.9 mg/dl	สูงกว่าปกติ
Direct Bilirubin	0.0-0.2 mg/dl	1.8 mg/dl	สูงกว่าปกติ
SGOT	< 50 U/L	183.1 U/L	สูงกว่าปกติ
SGPT	< 50 U/L	54.8 U/L	สูงกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 พบมีค่า SGOT, SGPT สูงกว่าระดับปกติ แสดงถึงมีภาวะตับเสื่อมและมีการทำลายของเซลล์ตับ เนื่องจากที่ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราปริมาณ 1 ขวดเป็นประจำต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี และค่า Total Bilirubin, Direct Bilirubin สูงกว่าระดับปกติจากภาวะตับเสื่อม ทำให้น้ำดีคั่งในเลือด แต่ไม่พบอาการตาตัวเหลือง คลำไม่พบตับโต แพทย์ไม่ได้ให้การรักษาและไม่ได้ประเมินติดตามผลซ้ำเนื่องจากค่าที่ตรวจพบสูงกว่า ระดับปกติเล็กน้อย

2.Blood chemistry

ชนิด	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			แปลผล
		21 กรกฎาคม 2565	22 กรกฎาคม 2565	24 กรกฎาคม 2565	
Magnesium	1.8-2.6 mg/dl	1.2 mg/dl	-	2.3 mg/dl	ต่ำกว่าปกติ
Sodium	136-146 mmol/L	137.7 mmol/L	100.9 mmol/L	133.8 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Potassium	3.5-5.1 mmol/L	3.54 mmol/L	2.76 mmol/L	3.24 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Chloride	101-109 mmol/L	95 mmol/L	73 mmol/L	99 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
CO ₂	21-31 mmol/L	23.7 mmol/L	23.7 mmol/L	23.6 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ในระยะก่อนทำผ่าตัด พบค่าแมกนีเซียมต่ำ เกิดจากระบบการดูดซึมสารน้ำและเกลือแร่จากมีอาเจียน ซึ่งแพทย์ให้ 50% mgSO₄ 4 มิลลิตรผสมในสารน้ำ 5 %DW 100 มิลลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 25 มิลลิตรต่อชั่วโมงระยะเวลา 3 วัน ติดตามผลเลือดวันที่ 24 กรกฎาคม 2565 อยู่ในระดับปกติ วันที่ 22 กรกฎาคม 2565 หลังผ่าตัดพบผู้ป่วยมีผู้ป่วยมีภาวะโปตัสเซียมคลอไรด์ต่ำ (Hypokalemia) คือ ภาวะที่โปตัสเซียมในน้ำนอกเซลล์มีความเข้มข้นต่ำกว่าค่าปกติ เนื่องจากมีการสูญเสียโปตัสเซียมจากการอาเจียนและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอก่อนทำผ่าตัดร่วมกับการสูญเสียเลือดและสารคัดหลั่งออกจากร่างกายจากการผ่าตัดและพบภาวะโซเดียมคลอไรด์ต่ำ (Hyponatremia) ได้จากมีภาวะสมองบวม เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสมอง

ผลการตรวจพิเศษ

1. EKG 12 Leads วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ผลการตรวจ Nonspecific ST and T wave abnormality
2. X-ray CXR วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ผลการตรวจ No infiltration both lung
3. CT brain Non contrast

วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ผล: Intraparenchymal hematoma at left putamen measuring about 4.3 x 3.0 x 4.2 cm. (มีเลือดออกที่บริเวณสมองที่บริเวณ basal ganglia ส่วน putamen ด้านซ้าย)

วันที่ 25 กรกฎาคม 2565 ผล: No significant change in size of an intraparenchymal hematoma at left putamen with mild perilesional edema ,measuring about 4.0 x2.3 x 2.9 cm, cause 0.3 cm rightward midline shifting

(ไม่พบมีการเปลี่ยนแปลงของขนาดก้อนเลือดออกที่บริเวณสมองส่วน basal ganglia ส่วน putamen ด้านซ้าย)

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Left basal ganglia hemorrhage (โรคหลอดเลือดสมองแตกซีกซ้าย)

การผ่าตัด

Left temporal craniotomy with remove hematoma under general anesthesia

(การผ่าตัดสมองด้านซ้ายเพื่อเอาก้อนเลือดออก โดยใช้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ระยะก่อนผ่าตัด

1. มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองแตกซีกซ้าย
2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและการทำผ่าตัดสมอง
3. มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ

ระยะหลังผ่าตัด

4. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนหลังได้รับการผ่าตัด
5. มีภาวะโป๊สเซียมคลอไรด์และโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ
6. มีภาวะขาดสุรา
7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
8. มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อแขนขาซีกขวาลีบและข้อยึดติด จากกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรง
9. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองแตกซีกซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. GCS เท่ากับ 12 คะแนน (E4V4M4) ลืมตาได้เอง พูดคุยสับสน ซักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ หลังเข้ารับการรักษาระดับความรู้สึกตัวลดลง เหลือ 8 คะแนน (E4V1M3) ลืมตาได้เอง ไม่ส่งเสียง แขนงอผิดปกติ
2. แขนขาซีกขวาอ่อนแรง (grade 1) แขนขาซีกซ้ายยกได้แต่ต้านแรงไม่ได้ (grade 3)
3. ความดันโลหิต 206/131 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที
4. CT brain พบ Intraparenchymal hematoma at left putamen measuring about 4.3 x 3.0 x4.2 cm.

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง



เกณฑ์การประเมินผล

1. GCS อยู่ในช่วง 13-15 คะแนน ขนาดรูม่านตา 2-4 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหว แขนขาปกติทั้ง 2 ข้าง ((grade 5)
2. ไม่พบอาการ กระสับกระส่าย สับสน หมดสติ หยุดหายใจ ชักเกร็ง อาเจียนพุ่ง
3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 14 -18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตร pulse pressure \leq 60 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ \geq 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการงอพับของคอ หมุนหรือหันศีรษะ และไม่เอียงศีรษะมากกว่า 90 องศา
2. ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังการเต้นของชีพจรหากมีเต้นแรงและช้าลง หายใจเข้าความดันโลหิตสูงขึ้น Pulse pressure กว้างกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท มีอาเจียนพุ่ง หายใจไม่สม่ำเสมอ รายงานแพทย์ทันที
3. ประเมินอาการทางระบบประสาทและเฝ้าสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้ามีระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่า 2 คะแนน มีสับสน กระสับกระส่าย ง่วงซึม ชักเกร็ง แขนขาอ่อนแรงแย่งจากเดิมตั้งแต่ 1 grade และขนาดของรูม่านตาที่เปลี่ยนแปลง 2 ข้างแตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง รายงานแพทย์ทันที
4. เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง รักษาระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 80-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
5. ดูแลให้ O₂ Cannula 3 ลิตรต่อนาที และรักษาให้ค่าอิมมิตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ทำกิจกรรมเป็นช่วงๆ โดยเฉพาะการจัดท่าพลิกตะแคงตัว การช่วยการเคลื่อนไหว การทำความสะอาดร่างกาย ประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง และให้ยาบรรเทาปวด Tramadol 50 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน หลังได้ยา
7. ดูแลให้ได้ยาลดความดันโลหิต Nifedipine (1:5) เข้าทางหลอดเลือดดำ หยด 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รักษาระดับ SBP \leq 140 มิลลิเมตรปรอท ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง
8. ให้ยากันชัก Keppra 500 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงหลังได้รับยา คือ อาการท้องเสีย หน้าบวม
9. ให้ยาลดสมองบวม 20 % mannitol 250 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำใน 30 นาทีทันทีและให้ต่อเนื่อง 100 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไข้หนาวสั่น ผื่นตามร่างกาย และปัสสาวะออกมาก ตรวจสอบความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (urine specific gravity) ให้อยู่ระดับ 1.001-1.030 และวัดความดันโลหิตมีค่าไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอทก่อนให้ยาทุกครั้ง

การประเมินผล

1. ประเมิน GCS ได้ 8 คะแนน(E4V1M3) แขนขาซีกขวาอ่อนแรง (grade1) แขนขาซีกซ้ายยกได้แต่ต้านแรงไม่ได้ (grade 3) ขนาดรูม่านตา 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
2. ไม่พบอาการ กระสับกระส่าย สับสน หมดสติ หยุดหายใจ ชักเกร็ง อาเจียนพุ่ง
3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.4-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมออยู่ในช่วง 72-92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจสม่ำเสมออยู่ในช่วง 16-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตหลังได้ยาอยู่ในช่วง 130/90-154/106 มิลลิเมตรปรอท pulse pressure อยู่ในช่วง 40-48 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะหอบเหนื่อย SpO₂ 98-100 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและการทำผ่าตัดสมอง

1. แพทย์ Set ผ่าตัด Left craniotomy with remove hematoma (21 กรกฎาคม 2565)
2. พี่สาวสีหน้าวิตกกังวล ชักถามอาการ "การผ่าตัดจะทำให้น้องชายดีขึ้นไหม ผ่าตัดนานกี่ชั่วโมง"

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของของผู้ป่วยและญาติ
2. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำผ่าตัดสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลก่อนผ่าตัด
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
3. ผู้ป่วยได้รับผ่าตัดตามวันและเวลาที่กำหนด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้ป่วยหลังได้รับข้อมูลจากแพทย์ และอธิบายแนวทางการรักษาพยาบาลและวิธีการผ่าตัดอย่างคร่าวๆด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายให้ทราบถึงเหตุผลในการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. เปิดโอกาสให้ซักถาม ประสานประสานศัลยแพทย์เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบพยาธิสภาพของโรค
3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนผ่าตัด ดูแลความสะดวกสบายร่างกายทั่วไป การเตรียมตัวสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึก สภาพหลังผ่าตัด
4. ให้ข้อมูลอาการผู้ป่วย ผลการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องกับญาติ โดยอนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆพร้อมอธิบายประโยชน์ของเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการช่วยรักษาผู้ป่วยเพื่อให้คลายความวิตกกังวล
5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ตามการรักษาของแพทย์
6. เตรียมเอกสาร ใบยินยอมผ่าตัด ประสานงานทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี
7. ดูแลเตรียมความพร้อมและส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดตามเวลาที่แพทย์กำหนด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติรับฟังคำแนะนำดีให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมให้แพทย์ทำผ่าตัดและเซ็นชื่อยินยอมผ่าตัดสมอง
2. สีหน้าลดความกังวล
3. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเวลาที่แพทย์กำหนด



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 พบ Mg 1.2 mg/dl
2. ผู้ป่วยมีประวัติอาเจียน แกรับมืออาการ มือ 2 ข้าง สั่น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีภาวะความสมดุลของแมกนีเซียมในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของแมกนีเซียมอยู่ในระดับ 1.8 - 2.6 mg/dl
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการ มือ-เท้าจับ มือสั่น ตะคริว คลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นปกติ
3. ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 14-16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ
2. ประเมินและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการเกร็ง ตาค้าง คลำชีพจรไม่ได้ ชักเกร็ง ผิวน้ำแดง หากมีให้รายงานแพทย์ทราบทันที
3. ดูแลให้ดูแลได้ 50% MgSO₄ 4 มิลลิตรผสมในสารน้ำ 5 % DW 100 มิลลิตรหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 25 มิลลิตร ต่อชั่วโมง ระยะเวลา 3 วัน ตามการรักษา เฝ้าระวังอัตราการเต้นของชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หากพบมีผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
4. ส่งและติดตามผลการตรวจแมกนีเซียมตามแผนการรักษาและรายงานผลให้แพทย์รับทราบ

การประเมินผล

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 10แมกนีเซียมอยู่ในระดับปกติ (2.3 mg/dl) (24 กรกฎาคม 2565)
2. ไม่พบอาการมือ เท้าจับ ไม่พบอาการชักเกร็งกระตุก ไม่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
3. ชีพจรอยู่ในช่วง 90-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 14-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 127/77-137/102 มิลลิเมตรปรอท

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนหลังได้รับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด Left temporal craniotomy with remove hematoma ผู้ป่วยมี GCS 3T คะแนน (E1VTM3)
2. กลับจากห้องผ่าตัด On ET- Tube No. 8 Depth 21 cm with On Ventilator PCV mode Setting TV 450, RR 14, PEEP 5, FiO₂ 0.4, Keep SpO₂ ≥95 เปอร์เซ็นต์
3. แพทย์วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจเข้าวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนเพียงพอ
2. เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะ Secretion obstruction และ Bronchospasm จากการใส่ท่อช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ ชีพจรเต้นเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว กระสับกระส่าย

2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 14-16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ≥ 95 เปอร์เซ็นต์
3. คะแนนประเมิน GCS เท่ากับ 11-15 คะแนน ขนาดของรูม่านตา 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
4. สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ และหายใจเองได้ปกติ ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวและ Re-intubation

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลท่อช่วยหายใจ (ET- tube) ให้คงอยู่ โดยการผูกท่อด้วยเทปผ้าหรือติดพลาสติกไว้ไม่ให้ดึงรั้งหรือเลื่อนหลุด ดูแลตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ตำแหน่งที่ถูกต้อง อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผล ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าจำเป็นอาจต้องพิจารณาผูกข้อมือผู้ป่วยไว้
2. สังเกตการทำงานของ Mode Ventilator, Tidal Volume (TV), Inspiratory pressure (IP), Fraction of inspired oxygen (FiO_2), Respiratory rate (RR), Inspiratory Flow rate (IF) และ I:E ratio, Positive end expiratory pressure (PEEP), Flow sensitivity ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและการตั้งสัญญาณเตือนให้ได้ตามการรักษา
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่ได้ยินเสียงเสมหะ ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ให้ออกซิเจนก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้งเพื่อให้ได้รับออกซิเจน และวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (SpO_2) ทุก 1-2 ชั่วโมง keep ≥ 95 เปอร์เซ็นต์
4. ดูแลให้ปลอดภัยจาก Secretion obstruction และ Bronchospasm
5. ดูแลกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยให้เปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี พร้อมติดตามผลเอกซเรย์ปอด และตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ
6. ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ ตามการรักษาของแพทย์
7. ดูแลประเมินความพร้อมที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจ แจ้งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ เริ่มให้หายใจเองโดยปรับเปลี่ยน mode เป็น CPAP Setting PS 0, PEEP 5, FiO_2 0.4 ฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยหายใจเองได้ดี ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีกระสับกระส่าย ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน keep ≥ 95 เปอร์เซ็นต์ เปลี่ยนเป็น On Endotracheal tube with O_2 T-piece flow 10 ลิตรต่อนาที นาน 2 ชั่วโมง
8. ดูแลก่อนถอดท่อช่วยหายใจให้ดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ดูดเสมหะในหลอดลมและในปากให้หมด จัดให้นอนศีรษะสูง 45 องศา ปลดออกมจาก cuff ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่และถอดท่อช่วยหายใจ
9. ฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิดประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตและบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก หากมีหายใจหอบเหนื่อยมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที กระสับกระส่าย เหงื่อออก ริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ชีพจรเบาเร็ว รีบรายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีปลายมือและปลายเท้าเขียว
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 37- 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 90-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 14-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 107/77 -137/102 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99-100 เปอร์เซ็นต์
3. รู้สึกตัว GCS 11 คะแนน (E4V2M5) ขนาดรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง
4. สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยหายใจได้เอง และไม่พบ bronchospasm

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 5 มีภาวะโปตัสเซียมคลอไรด์และโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์งัดน้ำ-งัดอาหารเพื่อทำผ่าตัด Left temporal craniotomy with remove hematoma
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 22 กรกฎาคม 2565) พบ Potassium 2.76 mmol/L, Sodium 100.9 mmol/L, Chloride 73 mmol/L

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีภาวะสมดุลของโปตัสเซียมคลอไรด์และโซเดียมคลอไรด์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของโปตัสเซียมคลอไรด์ต่ำหรือสูง คือ ผู้ป่วยรู้สึก คลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นปกติ และไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน อ่อนเพลีย
2. ไม่มีอาการของโซเดียมคลอไรด์ต่ำหรือสูง คือ ไม่มีภาวะช็อก เหงื่อออกมือเท้าเย็น อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย
3. อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 14-16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของ Potassium 3.5-5.1 mmol/L, Sodium 136-146 mmol/L , Chloride 101-109 mmol/L
5. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยางแต่ละวันได้ตามจำนวนแผนการรักษา ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน
6. มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ KCL 40 mEq ผสมในสารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวัง อัตราการเต้นของชีพจร คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อยขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หากพบมีผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
2. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมิน ระดับความรู้สึกตัว และกำลังของกล้ามเนื้อ
3. ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและอาหาร ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ชิม สับสน ชักเกร็ง หากมีให้รายงานแพทย์
4. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยาง BD (1:1) 100 มิลลิลิตรวันละ 4 มื้อ และเพิ่มเป็น 300 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ ตามแผนการรักษา สังเกตอาการแน่นท้อง ท้องอืดหลังได้รับอาหาร
6. ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์และรายงานผลให้แพทย์รับทราบ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวประเมิน GCS 11 คะแนน (E4V2M5) ไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 37- 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 90-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 14-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 137/102-107/77 มิลลิเมตรปรอท
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผลระดับ Potassium 3.24 mmol/L, Sodium 133.8 mmol/L และ Chloride 99 mmol/L (วันที่ 24 กรกฎาคม 2565)
4. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยางได้ทุกมื้อตามจำนวนแผนการรักษา
5. ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกเท่ากับ 1,910/2,040 มิลลิลิตรต่อวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีภาวะขาดสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ประวัติดื่มสุราทุกวัน เฉลี่ยดื่ม 1 ขวดกลมต่อวัน ดื่มมานานมากกว่า 10 ปี หยุดดื่ม 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล
2. มีอาการ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย มือ 2 ข้าง สั่น เหงื่อออก ดิ้นไปมา ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/120 มิลลิเมตรปรอท
3. คะแนนประเมินอาการขาดสุราอยู่ในระดับรุนแรงมาก (CIWA-Ar > 19)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือตกเตียงจากอาการขาดสุรา
2. เพื่อป้องกันภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ ภาวะขาดน้ำ สับสน และประสาทหลอน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดสุรา ได้แก่ กระวนกระวาย มือสั่น กระสับกระส่าย ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ พักผ่อนได้ 4-6 ชั่วโมงต่อวัน
2. ได้รับสารอาหารน้ำและอาหารตามแผนการรักษา ผลิเลคโตรไลต์อยู่ในระดับปกติ คือ Magnesium 1.8-2.6 mg/dl, Potassium 3.5-5.1 mmol/L, Sodium 136-146 mmol/L และ Chloride 101-109 mmol/L, CO₂ 21-31 mmol/L
4. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 14-16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก 2 ชั่วโมง จนอาการขาดสุราทุเลาลง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา
2. ดูแลความสบาย จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ให้ผู้ป่วยได้นอนพักอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง จำกัดการพบปะของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นให้น้อยที่สุด
3. ดูแลผู้ยึดผู้ป่วยกรณีไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำแต่ละมื้อเพียงพอ และให้ได้รับ Thiamine 500 มิลลิกรัม ผสมใน 5%DW 100 มิลลิลิตรหยดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา สังเกตผื่นคันหลังได้รับยา
5. ให้ยา Diazepam 10 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทันที และ Lorazepam (1มิลลิกรัม) 2 เม็ด ทางสายยาง ทุก 6 ชั่วโมง พร้อมประเมินอาการทางระบบประสาทหลังได้รับยาอย่างใกล้ชิดเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา ได้แก่ อาการง่วงซึมมาก ปลุกตื่นยาก หายใจช้า หากพบรีบรายงานแพทย์
6. แนะนำญาติผู้ดูแลถ้าพบอาการผิดปกติต้องรีบแจ้งให้พยาบาลและแพทย์ทราบทันที

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีชักเกร็ง
2. ผู้ป่วยหลับได้ 4-6 ชั่วโมง ไม่พบการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือตกเตียง
3. รับอาหารทางสายยางได้ครบ ผลตรวจ Magnesium 2.3 mg/dl, Potassium 3.24 mmol/L, Sodium 133.8 mmol/L และ Chloride 99 mmol/L, CO₂ 23.6 mmol/L (วันที่ 24 กรกฎาคม 2565)
4. อุณหภูมิร่างกาย 36.4-37.7 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 72-92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 14-16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/90-140/100 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.5-39.2 องศาเซลเซียส
2. มีแผลผ่าตัด Left temporal craniotomy with remove hematoma ที่ศีรษะด้านซ้าย

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังแผลผ่าตัดติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 -37.5 องศาเซลเซียส
2. แผลผ่าตัดแห้งสะอาด รอบแผลไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึมออกจากแผลผ่าตัด
3. ตัดไหมได้ครบตามวันที่แพทย์กำหนด หลังตัดไหมแผลผ่าตัดดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. มือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
3. สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณรอบแผลผ่าตัด และมีสารคัดหลั่งซึมออกจากแผลผ่าตัดหรือไม่ ถ้ามีอาจเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ ให้รายงานแพทย์รับทราบทันที
4. ดูแลให้แผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลแห้งสะอาดอยู่เสมอ ถ้าพบแผลมีสิ่งคัดหลั่งซึมมากให้รายงานแพทย์
5. ดูแลเปิดทำความสะอาดแผลและตัดไหมตามกำหนดของแผนการรักษาของแพทย์โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนรักษาและสังเกต อาการผื่นคัน ตุ่มนูนตามร่างกาย หลังได้รับยา
7. แนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบเตียง ไม่ให้แกะเกาแผล และดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำ

การประเมินผล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 37-37.5 องศาเซลเซียส
2. แผลผ่าตัดแห้งสะอาดดี รอบแผลไม่บวมแดงไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึมออกจากแผล
3. ตัดไหมครบ 7 วันได้ตามแผนการรักษา แผลผ่าตัดหลังตัดไหมดีดี ไม่มีบวมแดง ไม่พบขอบแผลแยก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อแขนขาซีกขวาลีบและข้อยึดติด จากกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากผล CT พบ Intraparenchymal hematoma at left putamen measuring about 4.3 x 3.0 x 4.2 cm. ส่งผลทำให้ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างขวาคิดปกติ
2. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จากกำลังของกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง แขนขาซีกขวาอ่อนแรง (grade1) แขนขาซีกซ้ายยกได้แต่ต้านแรงไม่ได้ (grade 3)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบกล้ามเนื้อแขนขาลีบ สามารถเคลื่อนไหวข้อได้ตามปกติ
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมอธิบายให้เข้าใจถึงความผิดปกติของร่างกาย ความสำคัญและความจำเป็นของการทำกายภาพบำบัด
2. ดูแลส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดทุกวันตามแผนการรักษา พร้อมช่วยทำ Active-Passive exercise วันละ 2 ครั้งเช้าและเย็น กระตุ้นการเคลื่อนไหว ขณะนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยโดยการพลิกตะแคงตัว Passive exercise เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อแข็งเกร็งและลีบ
3. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามฝึกทักษะ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไปและการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ได้แก่ วิถีแปรงฟัน การอาบน้ำหรือ เช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย คล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้
4. ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยนอนดูแลให้ประคอง แขน-ขา ข้างที่อ่อนแรงทุกครั้ง que ผู้ป่วยทำกิจกรรม ไม่ดึงแขน ขาข้างที่อ่อนแรง เวลาเคลื่อนไหวย้าย
5. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยง การนั่งห้อยขาหรือ งอเข่า เป็นเวลานานๆกระตุ้นให้ใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

การประเมินผล

1. ญาติปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถทำ Passive exercise ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำ Active-Passive exercise
 2. แขนขา 2 ข้างไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่พบข้อยึดติด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวันได้
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทำผ่าตัด Left temporal craniotomy with remove hematoma ครั้งแรก
2. ประเมินการกลืนไม่ผ่าน ผู้ป่วยต้องให้อาหารทางสายยางต่อเมื่อกลับบ้าน
3. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ประเมิน Barthel ADL Index เท่า 2/20 คะแนน จัดอยู่ในระดับร่างกายสูญเสียหน้าที่รุนแรง ผู้ป่วยจึงอยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
4. สอบถามความรู้ ความเข้าใจ และข้อมูลการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสมองที่ได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติยังตอบคำถามได้ไม่ครอบคลุม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลมีทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆขณะอยู่โรงพยาบาล ได้ถูกต้อง
2. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง
3. ประเมิน Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 10-20/20 คะแนนจัดอยู่ในระดับร่างกายสูญเสียหน้าที่ปานกลางถึงสามารถดูแลตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนความรู้กับผู้ดูแลซ้ำอีกครั้งเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ผลการรักษา การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ และรับประทานอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง รวมถึงแนะนำการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาแต่ละชนิดให้ญาติได้ทราบ

3. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ปรับสภาพบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม รวมถึงประสานกับชุมชนในการเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่บ้านให้มีความพร้อม ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เรื่อง การให้อาหารทางสายยาง การจัดอาหารให้ถูกหลักโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคโดยส่งพบโภชนาการ การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

4. ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยส่งข้อมูลในระบบ Thai COC และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (เบอร์โทร 1669) และการมาตรวจตามนัดวันที่ 11 สิงหาคม และ 7 กันยายน 2565

5. ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกต่างๆ พร้อมตอบข้อ

6. ซักถามและประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนจำหน่าย

การประเมินผล

1. ตอบคำถามได้ถูกต้องและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองได้มากขึ้น มีความพร้อมกลับบ้าน

2. ผู้ดูแลมีสีหน้ากังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการรักษาพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาล สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามคำแนะนำ

3. ประเมิน Barthel ADL Index เท่า 2/20 จัดอยู่ในระดับร่างกายสูญเสียหน้าที่รุนแรง ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโดยสมบูรณ์

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีพยาธิสภาพที่สมองในช่วงวิกฤตและได้รับการรักษาโดยทำผ่าตัด craniotomy with remove hematoma

2. สามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมอง

3. ใช้เป็นแหล่งข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะขาดสุรา 1 ราย รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 6 สิงหาคม 2565 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาในความดูแลรวม 17 วัน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะขาดสุราพร้อมด้วย พบว่าผู้ป่วยแขนขาซีกขวาอ่อนแรงได้รับการตรวจทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบมีเลือดออกตำแหน่ง Left basal ganglia มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง แพทย์ได้ทำผ่าตัด Craniotomy with remove hematoma ทันที หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะแมกนีเซียม โปตัสเซียม และโซเดียมในเลือดต่ำ ให้การดูแลรักษาพยาบาลใช้เครื่องช่วยหายใจ ติดตามและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง เผื่อระวังให้การพยาบาลแก้ไข ให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจและเกิดเลือดออกซ้ำในสมอง ระดับภาวะแมกนีเซียม โปตัสเซียม และโซเดียมในเลือดปกติ หลังผ่าตัดระยะวิกฤตผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรา ได้ส่งปรึกษาจิตเวชเพื่อการรักษาและฟื้นฟูจนไม่พบอาการขาดสุรา ผลผ่าตัดที่ศีรษะไม่พบการติดเชื้อตัดใหม่ได้ตามกำหนด มีการประเมินและวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและญาติผู้ดูแล ตั้งแต่แรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่าย ผู้ป่วยยังมีอาการหลงเหลือทางระบบประสาทคือ แขนขาซีกขวา

อ่อนแรง ประเมิน Barthel ADL Index ได้ 2/20 คะแนน ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีการสอน สาธิตการดูแลผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลและครอบครัว จนกระทั่งสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ ประสานส่งต่อไปที่ศูนย์ดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจในผลการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- กุลพัฒน์ วีรสาร. (2561). *คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- ฉัตรมงคล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง : มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 15-26. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org>
- นลินี พสุคันธภัค และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2557). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- พิชยนทร์ ดวงทองพล. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke เขตสุขภาพที่ 7. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 15(2), 1-19. สืบค้นจาก <https://thaidj.org>
- วิจิตรา กุสุมมภ์, ธันนดา ตระการวณิชย์, ภัสพร ขำวิชา, ไพบูลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ, รัตนา จารุวรรณ, อรุณี เสงยสมาก, ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์ และ อภิญญา กุลทะเล. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 6). สหประชาพานิชย์.
- ศรัญญา จุฬารี่, จันทร์ทิวา เจียรณัย, และรังสิมา ครอบสูงเนิน. (2565). ความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12 (1), 153-159. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org>
- สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, อังกูร ภัทรากร, ลำซ่า ลักขณาภิชนัชช, อภิชาติ เรณูวัฒนานันท์ และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2564). *แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์ เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สายสมร บริสุทธิ์, อารีรัตน์ วรพิมล, และ ไสว นรสาร. (2563). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Clinical Nursing Practice Guideline of Brain Tumor)*. บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สุรรัตน์ สุวัชรังกูร. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. *J Thai Stroke Soc*, 15(14), 94-101. สืบค้นจาก <https://thaistrokesociety.file.wordpress.com>