



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกในสมองร่วมกับ
มีภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง : กรณีศึกษา

(Nursing care of patient Traumatic Brain Injury which Intracerebral Hemorrhage
with increased Intracranial Pressure : A case study)

รุ่งทิพย์ โพธิ์เจริญ *

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บที่ศีรษะมีอุบัติการณ์สูงและมีความสัมพันธ์กับการได้รับจากอุบัติเหตุการจราจร ส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อศีรษะและภายในศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสมองซึ่งทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมองและความดันในกะโหลกศีรษะสูงจะนำไปสู่การเสียชีวิตและเกิดความพิการของผู้ป่วยได้ ในที่สุด ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด่านหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อสามารถปฏิบัติหน้าที่และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายในห้องฉุกเฉินและปฏิบัติงานในระบบการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ : การบาดเจ็บที่สมอง, ภาวะเลือดออกในสมอง, ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

Abstract

Traumatic brain injury has high incidence, and related to traffic accidents. It is result in injury both of the head and inside the head especially to the brain which effects to Intracerebral Hemorrhage (ICH) and increased Intracranial Pressure (ICP). At the present, there is a tendency for the increasing number of patients. The Emergency Department is the frontline unit that takes care of accident and emergency patients. Nurses required having knowledge about caring of patients with traumatic brain injury for being able to perform their role effectively in caring of patients at the incident scene, resuscitation, and referral system. Finally, to remain patient safe, reduce complications, and be able to return to living a quality life.

Keywords: Traumatic brain injury, Intracerebral Hemorrhage, Increased intracranial pressure

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องแบบชั่วคราวหรือถาวรของสติปัญญา ร่างกาย จิตใจและเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เปิดเผยรายงาน GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2018¹² พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตบนท้องถนนทั่วโลกยังคงเพิ่มขึ้น จำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง 1.35 ล้านคนต่อปีหรือทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 155 คน ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ รถจักรยานยนต์ และคนเดินถนน เป็นต้น สำหรับประเทศไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน รวม 96,230 ราย เฉลี่ยปีละ 19,246 ราย¹¹ เป็นอุบัติเหตุจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ร้อยละ 81% และพบว่าสมองเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุดและรุนแรงที่สุดร้อยละ 83.27^{4,8}

การบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพ เกิดความผิดปกติด้านการรับรู้ ด้านความคิด ด้านการเคลื่อนไหว และปัญหาการเข้าสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อประมาณในการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร ในปี 2564 – 2566 พบว่ามีจำนวน 421, 348 และ 318 ราย มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 14.52 รายต่อปี² ซึ่งหากได้รับการรักษาที่ล่าช้าอาจมีภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการนำไปสู่การเสียชีวิตได้ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) เช่น การรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน การประเมินการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ การเคลื่อนย้ายและการจัดการทางการแพทย์ขณะนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปสู่การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Department) ตั้งแต่กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตตลอดจนการนำส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดในระบบ Neuro Fast Track พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในทุกๆระยะของการดูแลรักษา จึงต้องมีทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการความพิการ และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury: TBI)^{6,9} การได้รับบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือพบพยาธิสภาพในสมอง โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอกส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกรู้ตัวหรือระดับความรู้สึกรู้ตัวลดลงช่วงระยะเวลาหนึ่ง มีความผิดปกติ

ทางระบบประสาท เกิดภาวะสับสน จำสถานที่ บุคคลหรือเวลาไม่ได้ เป็นต้น เมื่อมีการบาดเจ็บของศีรษะทำให้มีการฉีกขาดของหนังศีรษะ (Scalp laceration) กะโหลกศีรษะ (Skull) เยื่อหุ้มสมองต่าง ๆ และสมอง (Brain) ซึ่งอาจมีการบาดเจ็บชนิดแผลเปิดก็ได้ เยื่อหุ้มสมองอาจมีการฉีกขาดจากการที่มแท่งของกะโหลกศีรษะ ถ้าเป็นแรงเร่ง - แรงเฉื่อย (Acceleration - Deceleration) มีผลทำให้เกิดการหมุนหรือบิดตัวของกะโหลกศีรษะและสมอง ทำให้มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองถึงภายในเนื้อเยื่อสมอง การฉีกขาดของหนังศีรษะพบได้มากที่สุดในการบาดเจ็บของสมอง มักเกิดร่วมกับกะโหลกศีรษะแตก เนื่องจากหนังศีรษะมีหลอดเลือดจำนวนมาก จึงเกิดเลือดออกมากและหยุดยาก นอกจากนี้แรงกดจากกะโหลกศีรษะแตกแบบยุบลง (Depress skull fracture) ทำให้พื้นที่ในกะโหลกศีรษะลดน้อยลง ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้ผู้ป่วยซึมลงหมดสติและเสียชีวิตได้

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิง อายุ 68 ปี สถานภาพ สมรส ประกอบอาชีพ รับจ้าง

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) : Traumatic subdural Hemorrhage right cerebral convexity with Midline shifting

อาการสำคัญ (Chief complaint) : รับ refer จากโรงพยาบาลอุทัยธานี ด้วยอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) : 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ได้รับความรักษาที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี แรกรับผู้ป่วย GCS E1V2M5 หายใจมีเสียง Stridor แพทย์พิจารณา On Endotracheal tube No 7.5 mark 22 cms. ส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อที่โรงพยาบาลอุทัยธานี ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ A 3.4x2.3x2.2 cm acute intraparenchymal hematoma in right parietotemporal lobe with mild perilesional edema, Acute subarachnoid hemorrhage, Acute subdural hematoma along right cerebral convexity, Small acute Intraventricular hemorrhage in occipital horn of left lateral ventricle and effacement of right lateral ventricle, Midline shifting to the left 1.2 cm leftward subfalcine herniation and impending right uncal herniation. ส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ในระบบ Neuro FAST TRACK

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และ การใช้สารเสพติด

การผ่าตัด : Right Craniotomy with Clot removal

การวิเคราะห์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง 68 ปี ประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ได้รับความรักษาที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี แรกรับผู้ป่วย GCS E1V2M5 หายใจมีเสียง Stridor แพทย์

พิจารณา On Endotracheal tube No 7.5 mark 22 cms. ส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอุทัยธานี ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ A 3.4x2.3x2.2 cm acute intraparenchymal hematoma in right parietotemporal lobe with mild perilesional edema, Acute subarachnoid hemorrhage, Acute subdural hematoma along right cerebral convexity, Small acute Intraventricular hemorrhage in occipital horn of left lateral ventricle and effacement of right lateral ventricle, Midline shifting to the left 1.2 cm leftward subfalcine herniation and impending right uncal herniation. ส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในระบบ Neuro FAST TRACK ผู้ป่วยแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน Coma Score E1M5VT สัญญาณชีพ BP = 134/75 mmHg. HR = 114 ครั้งต่อนาที RR = 16 ครั้งต่อนาที T = 36.9 องศาเซลเซียส On NSS 1000 ml vein 80 ml/hr. On 20% Mannitol 250 ml IV drip in 30 นาที ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทพิจารณา Operation Emergency for Right Craniotomy with Clot removal หลังผ่าตัดผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อ ที่หอผู้ป่วยหนัก แรกรับ Coma Score E1M1VT สัญญาณชีพ BP = 108/69 mmHg. HR = 100 ครั้งต่อนาที RR = 18 ครั้งต่อนาที T = 37.7 องศาเซลเซียส O₂ sat 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก แพทย์พิจารณาให้ Dilantin 100 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง และมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง แพทย์พิจารณา ให้ Nicardipine 20 มิลลิกรัม ใน NSS 80 ml IV drip 15 ml/hrs. Keep SBP 110-160 mmHg เมื่อสังเกต อาการครบ 24 ชั่วโมง ย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท 3 วันอาการดีขึ้น แพทย์ส่งตัวผู้ป่วย ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านจังหวัดอุทัยธานี เพื่อฟื้นฟูและทำกายภาพ

อาการผู้ป่วยก่อนส่งกลับโรงพยาบาลอุทัยธานี

Coma Score E3M6V3 สัญญาณชีพ BP = 120/80 mmHg. HR = 90 ครั้งต่อนาที RR = 20 ครั้งต่อนาที T = 36.7 องศาเซลเซียส O₂ sat 99 เปอร์เซ็นต์

ระยะแรกรับผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต (ก่อนการผ่าตัด)^{1,3,5,7,10}

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง จากมีภาวะเลือดออกในสมองส่งผลให้สมองเลื่อนตำแหน่งมากดศูนย์ควบคุมการหายใจและระดับความรู้สึกตัวลดลง

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะพร่องซิเจน

กิจกรรมทางการพยาบาล :

1. ประเมินภาวะ การหายใจและการขาดออกซิเจน โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ วัดปริมาตรอากาศที่หายใจเข้า - ออก และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว
2. ดูแลประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยตาม “DOPE” เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

2.1 D = Displacement ดูแลประเมินการเลื่อนหลุดของ Endotracheal tube โดยประเมินจากระดับความลึก และตำแหน่ง mark ของ Endotracheal tube และการฟังเสียงการหายใจ 5 จุด

2.2 O = Obstruction ประเมินการอุดตันของท่อช่วยหายใจจาก Secretion หรือท่อหัก พับ งอ หรือไม่

2.3 P = Pneumothorax ประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก การฟังเสียงปอด และตรวจร่างกายผู้ป่วย

2.4 E = Equipment failure ตรวจการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ Circuits, ตรวจสอบการ alarms ของเครื่อง

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา (Semi Fowler's position) ในกรณีที่ไม่ขัดกับการรักษาเพื่อให้ปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่และให้นอนพักอย่างสมบูรณ์เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

4. การประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 5-15 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะพร่องออกซิเจน

ประเมินผลการพยาบาล:

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน Coma Score E1M5VT สัญญาณชีพ BP = 120/80 mmHg. HR = 90 ครั้งต่อนาที

RR = 20 ครั้งต่อนาที T= 36.7 องศาเซลเซียส

O₂ sat 99 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยมีภาวะระดับแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองและมีภาวะเลือดออกในสมอง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ IICP

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดย GCS และสัญญาณชีพ ทุก 5-15 นาที ในรายที่ภาวะฉุกเฉินถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน รีบรายงานแพทย์ พร้อมประเมินลักษณะขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง ถ้าไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง และม่านตาขยายมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต

2. จัดการทางเดินหายใจและให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยหลีกเลี่ยง hyperventilation เพราะทำให้เกิด ICP เพิ่มขึ้น การทำ hyperventilation ช่วยลด ICP ได้ในระยะสั้นเท่านั้น แต่ทำให้หลอดเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและสมองขาดเลือด (Brain ischemia)

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยในการไหลกลับของเลือดดำในสมอง และลด ICP จาก

หลักฐานเชิงประจักษ์ เสนอแนะให้นอนยกศีรษะ 30 องศา มีความเหมาะสมที่สุด เพราะถ้าสูงเกินไป จะเกิด CPP ลดลง และถ้าศีรษะต่ำจะเพิ่ม ICP และหลีกเลี่ยงการก้มคอ งอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เพราะเป็นการขัดขวางการไหลเวียนกลับของเลือดดำจากส่วนล่างของร่างกาย

4. การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (Temperature control) เพราะถ้าร่างกายมีความร้อนสูง ทำให้เพิ่มการเผาผลาญในเซลล์สมอง (Cerebral metabolism) และสมองบวมขึ้น

5. ดูแลให้ยา 20% mannitol 250 ml เพื่อการรักษาความดันในกะโหลกศีรษะสูง เข้าทางหลอดเลือดดำ ภายใน 30 นาที ซึ่งมีฤทธิ์ดึงน้ำออกจากเนื้อสมอง และทำให้ร่างกายขับปัสสาวะออกมา พร้อมทั้งใส่สาย Foley catheter เพื่อ Record Urine output หลังจากให้ยา 20% mannitol

6. ดูแลเตรียมและส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในระบบ Neuro Fast tract โดยการผ่าตัดแบบ Craniotomy เพื่อเอาก้อนเลือดออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

6.1 เตรียมด้านร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย งดน้ำและอาหารทุกชนิด โคนศีรษะ

6.2 เตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การจ้องเลือดและส่วนประกอบของเลือด

6.3 เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ได้แก่ ใบยินยอมการผ่าตัด ยาเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา ทัดป้ายข้อมือ และประสานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี

7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยการประเมินจากระดับความรู้สึกตัวโดย GCS และสัญญาณชีพระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษา ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล :

ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวเข้าห้องผ่าตัดในระบบ Neuro Fast tract โดยส่งจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปยังห้องผ่าตัด ผู้ป่วย Glasgow coma scale E1VTM5 ความดันโลหิต 169/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂ Situation 100 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 : ญาติวิตกกังวลเนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ญาติคลายความวิตกกังวลจากอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

กิจกรรมการพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พุดคุยให้กำลังใจด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยน พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อคลายความวิตกกังวล

2. อธิบายให้ทราบถึงโรคที่ผู้ป่วยเผชิญ วิธีการรักษา ขั้นตอนการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น การมีบาดแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น พร้อมทั้งตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยและญาติสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความ

ร่วมมือในการรักษา

3. เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึกวิตกกังวล รับฟัง ขอมรับ และแสดงความเห็นใจ
4. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล :

ญาติมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการยินยอมให้ทำการผ่าตัด ญาติบอกว่าคลายความกลัวและมีความวิตกกังวลลดลง เข้าใจแนวทางการรักษาและยอมรับสภาพอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต (หลังการผ่าตัด) ^{1,3,5,7,10}

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : มีโอกาสเกิดภาวะชักร่างกายหลังการผ่าตัดเนื่องจากเซลล์สมองได้รับการบาดเจ็บ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อเฝ้าระวังภาวะชักร่างกายและป้องกันอันตรายจากภาวะชักร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแล ประเมินร่วมกับการสังเกตลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ระดับความรู้สึกตัวร่วมกับรายงานแพทย์ทันทีหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะชัก
2. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทก่อนและหลังเกิดภาวะชัก
3. เตรียมอุปกรณ์สำหรับการดูแลช่วยเหลือในระบบทางเดินหายใจและการช่วยการหายใจผู้ป่วยให้พร้อม ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เป็นต้น
4. กรณีที่ผู้ป่วยชัก จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด ดูแลเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ยกขาขึ้นเพื่อป้องกันอันตรายจากการตกเตียง
5. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ปราศจากสิ่งกระตุ้นและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านชักตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา Dilantin 100 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล : ระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ไม่พบภาวะชักเกร็งและผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านชัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจากสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังจากการผ่าตัดและภาวะความดันใน

กะโหลกศีรษะสูง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังจากการผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งเข้าสู่ภาวะปกติ และประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยประเมิน GCS พร้อมประเมินลักษณะของม่านตา ปฏิกริยาต่อแสงทุก 1 ชั่วโมง ถ้าระดับความรู้สึกตัว GCS มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที

2. ประเมินแผลผ่าตัดและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายหากออกมากกว่า 200 ml/hrs. และติดตาม Hct. และ CBC พร้อมรายงานแพทย์เมื่อเกิดความผิดปกติ

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง (Early warning sign) และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการ ดังต่อไปนี้

3.1 ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่ง Systolic blood pressure สูง และ Diastolic blood pressure ต่ำลง ร่วมกับการหายใจเปลี่ยนแปลง ไม่สม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน

3.2 คูแฉัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ลำคอตรง สะโพกไม่งอมากกว่า 30 องศา

3.3 คูแฉัดแผลผ่าตัดและท่อระบายให้ไหลได้สะดวกไม่ตึงรั้ง พร้อมทั้งลงบันทึกลักษณะสีและจำนวน กรณีขวดรองรับไม่เป็นระบบสัญญาณฯ ให้รายงานแพทย์

3.4 คูแฉัดให้ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

3.5 คูแฉัดติดตาม เจาะระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษา

3.6 คูแฉัดติดตามให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา Keep Systolic blood pressure น้อยกว่า 160 mmHg. ได้รับยาลดความดันเป็น Nicardipine 1:5 IV 15 ml/hrs.

3.7 ประเมินระดับความเจ็บปวด บริหารจัดการความสบายและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3.8 คูแฉัดให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ก่อนและหลังดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100 % นาน 30-60 วินาที และดูแลไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ รวมทั้งสังเกตและบันทึกค่าออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าหรือเท่ากับ 95 %

3.9 คูแฉัดควบคุมอุณหภูมิร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส โดยประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีไข้เช็ดตัวลดไข้ตามแผนการรักษา

3.10 ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น ได้แก่ การกลืน การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือจามแรงๆ การพลิกตะแคงตัว รวมทั้งการตั้งค่าเครื่องช่วย

หายใจ (PEEP) ไม่ควรมากกว่า 5-10 cmH₂O

ประเมินผลการพยาบาล :

หลังการผ่าตัด GCS E2VTM5 pupil 3 mm RTL both eyes. Motor power ด้านขวาแขน grade 4 ด้านซ้ายแขน grade 4 ขา grade 4 ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันสูงและได้รับยาลดความดันเป็น Nicardipine 1:5 IV 5 ml/hrs. Keep Systolic blood pressure อยู่ระหว่าง 140-150 mmHg. อุณหภูมิร่างกายไว้ที่ 37-37.5 องศาเซลเซียส ค่าออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 95-98 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมองและหลังเข้ารับการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมิน Activities of Daily Living (ADL) เพื่อนำมาวางแผนการช่วยเหลือและฟื้นฟูการทำกิจกรรมของผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล
2. ดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น เช่น การนั่ง พลิกตะแคงตัว หรือการขยับแขนขาบนเตียง
3. ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. สอนและช่วยญาติผู้ดูแลทำกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อให้กับผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้ เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ
5. ใช้การสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ควรพูดช้า ๆ ชัดๆ มีน้ำเสียงที่ปกติ
6. ดูแลส่งปรึกษากายภาพบำบัดทำ Active exercise และ Passive exercise

ประเมินผลการพยาบาล : ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ประเมิน Activities of Daily Living (ADL) 4 คะแนน ต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรม ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดทำ Active exercise และ Passive exercise ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูก่อนจำหน่าย^{1,3,5,7,10}

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : ญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ส่งเสริมความรู้ญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความรู้และความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
2. ให้คำแนะนำในการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้เหมาะสม ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน เช่น หียงน้ำ มีราวจับ เตียงนอนสามารถปรับหัวเตียงและมีราวจับยึด พื้นทางเดินไม่ลื่น จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย

3. การเตรียมจัดหาผู้ดูแล อาจเป็นญาติหรือเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ
4. สอนการทำกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและข้อให้ผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้บ้างเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติด
5. แนะนำการดูแลเรื่องอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ โดยให้เรียนรู้กับนักโภชนาศาสตร์ในการจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ คออาหารไขมันสูง อาหารเค็มจัด หวานจัด ให้เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย
6. แนะนำและสอนวิธีการทำความสะอาดร่างกาย การดูแลความสะอาดเมื่อขับถ่าย และการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน
7. แนะนำการใช้การสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ควรพยายามพูดช้า ๆ ชัด ๆ หรือการสื่อสารผ่านรูปแทนการพูด
8. แนะนำเรื่องการรับประทานยา ด้วยการเตรียมยาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง
9. แจ้งการมาพบแพทย์ตามนัดหรือหากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ปัสสาวะขุ่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้นหรือซึมลง ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด
10. ดูแลพูดคุยกับญาติให้ทราบถึงการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ครอบครัวต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ไม่แสดงความรู้สึกโกรธ เครื่องเคียดต่อหน้าผู้ป่วย พยายามปรับอารมณ์ของตนเองยอมรับสภาพที่ผู้ป่วยเป็น ให้กำลังใจผู้ป่วยจะช่วยให้การฟื้นฟูมีประสิทธิภาพ

ประเมินผลการพยาบาล :

ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารไม่เป็นคำพูด GCS E2V2M6 แนะนำให้กระตุ้นการสื่อสารและทำกายภาพต่อเนื่องที่โรงพยาบาล อุทัยธานีและโรงพยาบาลหนองฉาง ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

สรุป

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางจราจร รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดที่กดเบียดเนื้อสมองออก เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นอย่างดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการรักษา โดยเริ่มต้นตั้งแต่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เป็นหน่วยงานด่านหน้าที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วย จึงต้องดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ

การรักษาที่รวดเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจคุกคามต่อชีวิตรวมถึงความสามารถในการแก้ไขภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้น การรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยได้กลับบ้านเพื่อฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงหรือทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองร่วมกับการผ่าตัดในหน่วยงานเป็นระยะ
2. การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

หนังสืออ้างอิง

1. กัญญาณัฐ เกิดชื่น, ยุพาพร จิตตะสุตโท, ชุติมา ปัญญาประดิษฐ์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงตั้งแต่ในโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565; 28 : 1-13.
2. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร (2564-2566). สถิติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในปี 2564 – 2566. ชัยนาท : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร.
3. จีรพร อินนอก. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ; 2566 : 253-268.
4. ปลมา โสบุตร, ณิชากัทร พุฒิกามิน. ปัจจัยทำนายความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565 ; 19: 77-87.
5. กัทธิญา แคนวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2564 ; 6 :20-28.
6. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ : พรอสเพอริตีส์ จำกัด, 2564 ; 1-18.
7. รุ่งนภา เขียวขำ, ชดช้อย วัฒนะ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560 ; 28 : 129-139.
8. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม. สายด่วนศูนย์ปลอดภัยคมนาคม. กรุงเทพฯ : 2558.
9. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : พี.เค.เค.พรี้นท์ติ้ง, 2566 : 366-425.
10. ศรีสุดา เวียงนนท์. การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ : กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2564 ; 6 : 83-94.
11. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. 2565. เข้าถึงทาง <https://www.thairsc.com/> วันที่ 1 ตุลาคม 2566.
12. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>.