ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในสมอง ร่วมกับมีภาวะเลือดออก

พรทิพย์ เฮงวินิต *

บทนำ

ระบบประสาท ประกอบด้วยสมองและไขสันหลัง เป็นระบบที่สำคัญของร่างกายมนุษย์ ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย เมื่อภายในกะโหลกศีรษะเกิดความผิดปกติ จะรบกวนระบบประสาทและการทำงานของสมอง ส่งผลให้มีอาการผิดปกติตามมา ซึ่งโรคเนื้องอกในสมองสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่พบในผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก และจะพบในสัดส่วนที่น้อยกว่าเนื้องอกที่อวัยวะอื่นของร่างกาย เช่น เนื้องอกปอด เนื้องอกเต้านม เป็นต้น แต่เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะสำคัญที่ควบคุมและสั่งการในการทำงานด้านต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว พฤติกรรมการทำงานของหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย ความจำ การเรียนรู้ เป็นต้น ดังนั้นเนื้องอกสมองจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ อาการที่เกิดจากเนื้องอกสมอง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอก โดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน อาการชัก หรืออาการเฉพาะที่ตามตำแหน่งเนื้องอก เช่น แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) เป็นภาวะที่มีก้อนเนื้องอกซึ่งมีเซลล์ที่ผิดปกติเกิดขึ้นในกะโหลกศีรษะ ซึ่ง เนื้องอกสมองนี้อาจเกิดจากเซลล์ในระบบประสาทที่แบ่งตัวผิดปกติเอง (Primary brain tumor) หรืออาจเกิดจากเซลล์มะเร็งนอกระบบประสาทกระจายมาสู่ระบบประสาทก็ได้ (Metastasis brain tumor)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับสมองแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก และมีอาการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัว นอกจากนี้ยังมีอาการความผิดปกติเฉพาะที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอกนั้นๆ

1. อาการที่เกิดจากเนื้องอกสมองไปรบกวนการทำงานที่ปกติของสมองเฉพาะจุด เช่น อาการปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้ากระตุก หรือเกร็งเฉพาะที่ ซึ่งอาจเป็นมากถึงขั้นหมดสติได้ อาการที่เกิดจากเส้นประสาทสมองทำงานผิดปกติ เช่น มองเห็นภาพซ้อน หูไม่ได้ยิน ตาพร่ามัว การทรงตัวผิดปกติ ปวดตามเส้นประสาทหรือ ชาเฉพาะที่ สับสน ความจำผิดปกติ อาการที่เกิดจากภาวะผิดสมดุลของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง หรืออาการผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส ได้แก่ เห็นภาพหลอน หูแว่ว

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

2. อาการที่เกิดจากเนื้องอกสมองรบกวนการทำงานของสมอง 2 ซีก อาการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัว มักเกิดจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะ สับสน ซึมลง จนถึงอาจทำให้ผู้ป่วยหมดสติและเสียชีวิตได้

3. อาการที่เกิดจากการไหลเวียนของน้ำในสมองผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เสียการทรงตัว ซึมลง และอาจเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมประเมินสภาพโดยรวมของกรณีศึกษา ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรค เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการพยาบาล ให้ครอบคลุมโดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 55 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพหย่าร้าง การศึกษามัธยมปีที่ 6 อาชีพเกษตรกร

อาการสำคัญ

แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ญาตินำส่งโรงพยาบาล รวมแพทย์ CT Brain : Large heterogeneous hyperenhancing lesion with scattered multiple foci of hemorrhage 7.6x5.5x5.9 cm. แพทย์ให้ 20% Mannitol 250 ml. IV drip in 30 min, Dilantin 750 mg + NSS 100 ml IV drip in 30 min K= 2.33 mmol/L NPO On 0.9NaCl 1,000 ml.+ KCL 40 mEq IV drip 120 ml/hrs. Consult Neuro Sx. Refer โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร at ER E4V4M6 Pupil 3 mm. RTLBE แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 3 แขนขาข้างขวา grade 5 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีชักเกร็ง Admit ศัลยกรรมมหิดล ชั้น 1

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง และไมเกรน รักษาและรับยาโรงพยาบาลมโนรมย์

การวินิจฉัยโรค

Bleeding Right Occipital Tumor

การผ่าตัด

Right occipital craniotomy with tumor removal

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันเดือนปี	สิ่งที่ส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
1 พ.ค. 66	Electrolyte			
	Sodium	141	135-145 mmol/L	ปกติ
	Potassium	3.09	3.4-4.5 mmol/L	ปกติ
	Chhloride	110	98-110 mmol/L	ปกติ
	HCO3	25	21-31 mmol/L	ปกติ
2 พ.ค. 66	BUN	14.30	7.0-20.0 mg/dL	ปกติ
(Pre-op)	Creatinin	0.56	0.55-1.02 mg/dL	ปกติ
	Electrolyte			
	Sodium	145	135-145 mmol/L	ปกติ
	Potassium	3.37	3.4-4.5 mmol/L	ปกติ
	Chhloride	107	98-110 mmol/L	ปกติ
	HCO3	23	21-31 mmol/L	ปกติ
	Albumin	4.6	3.5-5.2 g/dL	ปกติ
2 พ.ค. 66	CBC			
(Pre-op)	WBC	13.5	4,000-10,000	ปกติ
	Neutrophil	90.2	50-70%	ปกติ
	Lymphocyte	6.3	20-40%	ปกติ
	Eosinophil	0.0	1-5	ปกติ
	Monocyte	3.4	3-12%	ปกติ
	Hematocrit	39.6	37-54%	ปกติ
	Platelet count	429,000	150,000-400,000	ปกติ
	PT	13.4	10.8-14.2 sec	ปกติ
	INR	1.00	2-4	ต่ำกว่าปกติ
	APTT	23.3	20.92-37.2 sec	ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

วันเดือนปี	สิ่งที่ส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
2 พ.ค. 66	BUN	15.7	7.0-20.0 mg/dL	ปกติ
(Post-op)	Creatinin	0.71	0.55-1.02mg/dL	ปกติ
(ต่อ)	Electrolyte			
	Sodium	148	135-14mmol/L	ปกติ
	Potassium	3.61	3.4-4.5 mmol/L	ปกติ
	Chhloride	112	98-110 mmol/L	ปกติ
	HCO3	22	21-31 mmol/L	ปกติ
	CBC			
	WBC	17,900	4,000-10,000	สูงกว่าปกติ
	Neutrophil	88.4	50-70%	สูงกว่าปกติ
	Lymphocyte	5.2	20-40%	ต่ำกว่าปกติ
	Eosinophil	0.0	1-5	ปกติ
	Monocyte	6.3	3-12%	
	Hematocrit	35.3	37-54%	
	Platelet count	186,000	150,000-400,000	
	PT	13.8	10.8-14.2 sec	ปกติ
	INR	10.4	2-4	สูงกว่าปกติ
	APTT	22.5	20.92-37.2 sec	

ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 CT BRAIN WITH CM

A 7.6x5.5x5.9 cm, large heterogeneous hyperenhancing lesion with scattered multiple foci of hemorrhage involving right parieto-occipital lobe with perilesional vasogenic brain edema with pressure effected as described. Dx. brain tumor

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การทำงานของสมองลดลง เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวาง

ข้อมูลสนับสนุน

1. แรกรับผู้ป่วยตื่นรู้เรื่องทำตามคำสั่งได้ E4V5M6 Motor power Lt. grade 3 Rt. grade 5 Pupil Rt. 3 mm.RTL Lt. 2 mm.RTL

2. CT BRAIN WITH CM พบ A 7.6x5.5x5.9 cm. Large heterogeneous multiple foci of hemorrhage Brain edema

3. BP 158/118 mmHg HR 106 bpm RR 18 bpm SpO_2 99%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการที่สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงที่/ไม่ลดลง ไม่มีอาการซึมลง ไม่มีอาการชักเกร็ง

2. สัญญาณชีพปกติ SBP 90 - 140 mmHg DBP 60 - 90 mmHg HR 60 - 100 bpm, RR 16 - 20 bpm BT 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส และ SpO_2 95 - 100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท หากพบอาการผิดปกติควรรายงานแพทย์ให้รับทราบทันที เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ระดับ GCS ลดลง >2 คะแนน Motor power ลดลง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น

2. ดูแล On O_2 mask with bag flow 10 LPM. สังเกตภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด และ Keep SpO_2 >95%

3. ประเมินสภาพทางเดินหายใจ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงหายใจ และดูแลจัดท่านอน จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อลดระดับความดันของหลอดเลือดสมอง

4. ดูแล NPO และ 0.9% NSS 1,000 ml IV drip rate 80 ml/hrs. ตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ให้ยา Nicardipine (1:5) IV 5 ml/hrs. Titrate keep SBP <140 mmHg ตามการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังและติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

6. เฝ้าระวังภาวะ IICP หากพบอาการผิดปกติควรรายงานแพทย์ให้รับทราบทันที เช่น ปวดศีรษะแบบรุนแรง อาเจียนพุ่ง ตาพร่ามัวมองเห็นไม่ชัด มีอาการชัก มีภาวะ Cushing's triad ได้แก่ pulse pressure กว้าง > 40 mmHg หัวใจเต้นช้าและการหายใจไม่สม่ำเสมอ

7. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

8. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง จนอาการและอาการแสดงคงที่

การประเมินผล

ผู้ป่วยซึมลง E1V3M6 Pupil Rt. 4 mm. RTL Lt. 3 mm. RTL ไม่มีอาการชักเกร็ง สัญญาณชีพ BT 36.9 องศาเซลเซียส BP 147/84 mmHg HR 100-110 bpm RR 18 bpm SpO_2 99%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เตรียมผ่าตัด เนื่องจากมีเนื้องอกในสมอง ร่วมกับมีภาวะเลือดออก

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากผล CT BRAIN WITH CM พบ A 7.6x5.5x5.9 cm. Large heterogeneous multiple foci of hemorrhage, Brain edema

2. ผู้ป่วยมีอาการซึมลง Coma score E4V5M6 ลดเหลือ E1V3M6 Pupil Rt. 4 mm. RTL Lt. 3 mm. RTL

3. BP 158/118 mmHg HR 106 bpm RR 18 bpm SpO_2 99%

4. แพทย์ Set OR for Right occipital craniotomy with tumor removal

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงที่ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะ IICP เช่น Pulse pressure กว้าง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง อัตราการหายใจผิดปกติ

3. สัญญาณชีพปกติ SBP 90 - 140 mmHg DBP 60 - 90 mmHg HR 60 - 100 bpm RR 16 - 20 bpm BT 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส และ SpO_2 95 - 100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งบอกถึงภาวะ IICP หากพบอาการผิดปกติควรรายงานแพทย์ให้รับทราบทันที เช่น ปวดศีรษะแบบรุนแรง อาเจียนพุ่ง ตาพร่ามัวมองเห็นไม่ชัด มีอาการชัก มีภาวะ Cushing's reflex ได้แก่ pulse pressure กว้าง >40 mmHg หัวใจเต้นช้าและการหายใจไม่สม่ำเสมอ

2. อธิบายผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับความจำเป็นของการผ่าตัด และข้อดี/ข้อเสีย ของการผ่าตัด

3. ให้ญาติเซ็นยินยอมในการผ่าตัด

4. ความสะอาดร่างกาย เตรียมพื้นที่ที่จะผ่าตัดโดยการทำความสะอาดศีรษะ และโกนผม

5. ส่งห้องผ่าตัด Set OR for Right occipital craniotomy with tumor removal และดูแลหลังผ่าตัดตามการรักษา

6. บันทึกสัญญาณชีพ และอาการแสดงก่อนเข้าห้องผ่าตัด

7. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ศีรษะและคออยู่ในแนวระดับเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้ายขวา เพราะจะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น

การประเมินผล

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว E4VtM6 Pupil 3 mm. RTLBE Motor power Lt. grade 3 Rt. grade 5 ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียนพุ่ง สัญญาณชีพ BP 132/79 mmHg HR 84 bpm RR 18 bpm SpO_2 99%

การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เฝ้าระวังภาวะ Bleeding ภายหลังผ่าตัดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัด Right occipital craniotomy with tumor removal EBL 2,000 ml. On Radivac drain ข้างขวา 1 ลูก สีแดงจาง ประมาณ 60 ml.

2. Hct 29%

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะ Bleeding ภายหลังผ่าตัดสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความเข้มข้นของเลือด Hct > 30%

2. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงที่/ไม่ลดลง ไม่มีอาการกระสับกระส่าย/ซึมลง

3. ไม่มีภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพภายหลังผ่าตัด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้น ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้น ทุก 1 ชั่วโมง จนอาการและอาการแสดงคงที่

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว pupil และ Motor power พร้อมทั้งสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการทางสมอง ทุก 1 - 2 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ ซึ่งหากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ให้รับทราบทันที

3. ประเมินภาวะเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด และตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

4. ติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด ติดตามการไหลของ Radivac drain

5. ให้ PRC 1 unit IV drip in 4 hr. ตามการรักษาของแพทย์

6. ติดตาม Hct หลัง PRC หมด 1 ชั่วโมง

7. เฝ้าระวังภาวะ Cushing's reflex โดยเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่ pulse pressure กว้าง > 40 mmHg หัวใจเต้นช้า HR < 60 bpm. และการหายใจไม่สม่ำเสมอ

8. ดูแลให้ยากันชัก Dilantin 100. mg IV drip in 30 min q 8 hr. ตามการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังและติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตากระตุก สับสน เป็นต้น

9. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30 - 45 องศา

10. Record content จาก On Radivac drain

การประเมินผล

Radivac drain สีแดงจาง Hct 31% ไม่มีจุดเลือดออก

การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ ลักษณะแผลเย็บด้วย MAX แผลแห้ง ไม่มีหนองซึม

2. BT 37.1 องศาเซลเซียส BP 162/90 mmHg HR 82 bpm RR 20 bpm SpO_2 99%

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ศีรษะ

เกณฑ์การประเมินผล แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ไม่มีหนองซึม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อของแผลผ่าตัดที่ศีรษะ เช่น ปวดศีรษะบวมแดง เป็นหนองซึม หรือมีไข้วัดไข้ทุก 4 ชั่วโมง

3. ดูแล Dressing wound ที่ศีรษะเมื่อเปื้อนหรือมี Discharge ซึมเท่านั้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อของแผลที่ศีรษะ แผลแห้งติดดี

การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์แจ้งว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในสมอง

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

2. ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ และยินยอมให้ผู้ป่วยผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวลตลอดจนความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือ

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติ สอบถามข้อสงสัย

4. ประสานงานให้ผู้ป่วยได้พูดคุยสอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ เพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

5. ปลอบโยนและให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล และทราบข้อมูลการรักษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง มาด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ญาตินำส่งโรงพยาบาลรวมแพทย์ CT Brain : Large heterogeneous hyperenhancing lesion with scattered multiple foci of hemorrhage 7.6 x 5.5 x 5.9 cm. แพทย์พิจารณาให้ 20% Mannitol 250 ml. IV drip in 30 min Dilantin 750 mg.+ NSS 100 ml. IV drip in 30 min K= 2.33 mmol/L NPO On 0.9% NaCl 1,000 ml. + KCL 40 mEq IV 120 ml/hrs. Consult Neuro Sx. Refer โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร At ER E4V4M6 Pupil 3 mm. RTLBE Motor power Lt grade 3 Rt. grade 5 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีชักเกร็ง Admit ศัลยกรรมมหิดล On O_2 mask with bag flow 10 LPM. On 0.9% NaCl 1,000 ml. IV 80 ml/hrs. BP 158/118 mmHg HR 106 bpm RR 18 bpm. SpO_2 99% แพทย์พิจารณาให้ Nicardipine (1:5) IV rate 5 ml/hrs. titrate keep SBP < 140 mmHg ขณะ Observe ผู้ป่วยซึมลง E1V3M6 Pupil Rt. 4 mm. RTL Lt. 3 mm. RTL ไม่มีอาการชักเกร็ง แพทย์ Set OR Emergency for Right occipital craniotomy with tumor removal (2 พ.ค.66) EBL 2,000 ml Transamine 500 mg IV stat, Hb 6.5% ได้ PRC 4 unit และ FFP 4 unit On ET - tube no.7 ลึก 18 cm. Post-op ICU1 แรกรับ E4VtM6 On Ventilator PCV mode try wean off ET - tube ได้ On O2 canular flow 3 LPM E4V5M6 ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีปวดศีรษะ แพทย์พิจารณาย้ายสามัญได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับการแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที ตามปัญหาและข้อวินิจฉัยดังกล่าว ได้รับการแก้ไข แพทย์จึงพิจารณาให้กลับบ้านได้

บรรณานุกรม

กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.

ธนาวิทย์ ชัยสุภาพสิริกุล. (2560). การตรวจหาเนื้องอกในสมอง. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. (2556). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคเนื้องอกในสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.

ศิริวรรณ ปียพิทยานันต์. (ธันวาคม 2561). Brain Tumor. JOURNAL OF SIRIRAJ RADIOLOGY.