



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง

ณัฏฐกุล หนูจักร วท.ม.

(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด

E-mail : natth2510@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นในชั้นเยื่อหุ้มสมอง ส่วนใหญ่เติบโตช้าและแสดงอาการค่อยเป็นค่อยไป มีผลต่อเนื้อเยื่อสมอง เส้นประสาท หลอดเลือดโดยรอบ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมอง อาจทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ การรักษา คือ การผ่าตัด การฉายแสง และการให้ยาเคมีบำบัด ตามพยาธิสภาพและระยะของโรค ซึ่งปัจจุบันมีการคัดกรอง การใช้เครื่องมือตรวจทันสมัย และการวินิจฉัยของแพทย์มีความรวดเร็วแม่นยำจึงพบผู้ป่วยในระยะแรกมากขึ้น การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่แพทย์พิจารณารักษาผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ซึ่งเมื่อตรวจพบเนื้องอกผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดสมอง และชะลอการรักษาทำให้อาการของโรครุนแรงเกิดภาวะวิกฤตตามมา บทบาทของพยาบาลในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองเริ่มตั้งแต่ตรวจพบ ผ่าตัด และหลังผ่าตัด จึงมีความสำคัญมากที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อชีวิตก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง

2. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองในระยะวิกฤตก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ระยะฟื้นวิกฤต การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

รูปแบบการศึกษา : เป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษากับหลักวิชาการและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

สรุปผลการศึกษา: ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 54 ปี ตรวจพบเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้า มีความวิตกกังวล และปฏิเสธการทำผ่าตัด 1 เดือนต่อมา มีอาการทางระบบประสาท แขนและขาซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตก่อนและหลังผ่าตัด จากก้อนของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมีขนาดใหญ่ เบียดก้านสมองมากกว่า 1 เซนติเมตร สมองบวม ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลงและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์รักษาโดยการผ่าตัด Right frontotemporal craniectomy to remove tumor จากการศึกษา พบมีกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่สำคัญ คือ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดฟื้นระยะวิกฤต การฟื้นฟูผู้ป่วยจนปกติ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจำเป็นต้องมีกระบวนการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ: คือ การจัดระบบคัดกรองและการวินิจฉัยที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วสามารถลดอาการรุนแรงของโรคได้ พยาบาลศัลยกรรมต้องพัฒนาสมรรถนะมีความรู้พยาธิสภาพของโรค มีความเชี่ยวชาญในการประเมินอาการทางสมอง หน่วยงานต้องจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองในระยะวิกฤตก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระยะฟื้นวิกฤต การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการ ที่เน้นการติดตามการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความพิการรอดพ้นอันตรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง



บทนำ

เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) เกิดขึ้นในชั้นเยื่อหุ้มสมองและเยื่อหุ้มไขสันหลัง ส่วนใหญ่เติบโตช้าและแสดงอาการค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลต่อเนื้อเยื่อสมอง เส้นประสาท และหลอดเลือดโดยรอบ ซึ่งผลของแรงดันที่มีต่อสมองและไขสันหลัง อาจทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ แต่หากตรวจพบเร็วสามารถรักษาหายได้โดยการผ่าตัด เนื้องอกเยื่อหุ้มสมองพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า อายุที่พบบ่อยประมาณ 50-60 ปี สาเหตุ ยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 22 การถ่ายทอดทางพันธุกรรม การฉายรังสีบริเวณศีรษะ ความผิดปกติของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในร่างกายผู้หญิงและโรคอ้วน เป็นต้น (พีรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์, 2565) จากข้อมูลของสถาบันประสาทวิทยาพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลเนื้องอกสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็น 1 ใน 5 ลำดับโรคแรกของสถาบันฯ ซึ่งปัจจุบันไม่มีวิธีป้องกัน สิ่งที่ได้ทำคือการสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวเองและคนรอบข้าง หากพบความผิดปกติควรพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกวิธีได้ทันเวลาที่ ปัจจุบันแนวทางการรักษามี 3 วิธีใหญ่ๆคือ การผ่าตัด การฉายแสง และการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและอาจเกิดความพิการที่จะตามมาได้ (สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2563) แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลตราด เริ่มเปิดบริการเฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาทตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ในปี พ.ศ. 2562-2564 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลตราด, 2565) พบผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง 21, 14 และ 22 ราย ส่งต่อรักษา โรงพยาบาลแม่ข่าย 8 ,5 และ 8 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยบางส่วนสมัครใจไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นเองตามสิทธิการรักษา และรักษาด้วยการผ่าตัด 4, 1 และ 2 ราย ผลการผ่าตัดผู้ป่วยจำหน่ายอาการดีขึ้น 6 ราย ส่วนใหญ่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลไม่เกิน 1 เดือน เมื่อตรวจพบเป็นเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองตัดสินใจเข้ารับผ่าตัดตามแผนการรักษาทันที และผล Pathology พบโรคอยู่ในระยะ grade I-II จึงทำให้การผ่าตัดได้ผลดีผู้ป่วยไม่มีภาวะวิกฤตและแทรกซ้อนจากการผ่าตัด มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายเนื่องจากมีอาการก่อนมาโรงพยาบาล 6 เดือน มาพบแพทย์เมื่ออาการรุนแรงแล้ว หลังผ่าตัดพบว่าเป็นเนื้องอกระยะสุดท้าย (High grade) ผู้ป่วย Prolong intubation และมีภาวะแทรกซ้อน Pneumonia ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้พยาธิสภาพของโรค มีความเชี่ยวชาญและทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง จะทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นอันตรายต่อชีวิตและความพิการที่อาจเกิดตามมา

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง
2. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองในระยะวิกฤตก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ระยะฟื้นวิกฤต การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

วิธีดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง จำนวน 1 ราย โดยเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลตราด รวบรวมข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์และการให้พยาบาลก่อนทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต ระยะฟื้นวิกฤต ระยะฟื้นฟู การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการและปรึกษาแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาท นำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียง วิเคราะห์และพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

พยาธิสภาพ การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ

เยื่อหุ้มสมอง (Meninges) ทำหน้าที่ป้องกันอันตรายที่เกิดจากแรงกระแทกจากภายนอกพร้อมกับกะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมองมีทั้งหมด 3 ชั้น ได้แก่ 1) เยื่อหุ้มสมองชั้นดึกรา (dura mater) เยื่อหุ้มชั้นนี้อยู่นอกสุดมีลักษณะหนาและเหนียวมาก 2) เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์ (arachnoid mater) เยื่อหุ้มสมองชั้นนี้อยู่

ตรงกลางระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราและเยื่อหุ้มสมองชั้นเพีย ซึ่งชั้นนี้มีโครงสร้างที่มีลักษณะเหมือนร่างแหหรือใยแมงมุมที่ยึดประสานเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราและเยื่อหุ้มสมองชั้นเพียไว้ด้วยกัน และ 3) เยื่อหุ้มสมองชั้นเพีย (pia mater) เยื่อหุ้มสมองชั้นนี้อยู่ข้างในสุดแนบติดกับเนื้อสมองรวมไปถึงร่องสมอง(sulcus) และมีหลอดเลือดเล็กๆจากชั้นนี้ทำหน้าที่ในการนำสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองส่วนต่างๆด้วย (จินัฑิตา จิตติวัฒน์, 2564) เนื้องอกเยื่อหุ้มสมองเป็นเนื้องอกที่มีขอบเขตชัดเจน ส่วนมากอยู่นอกเนื้อสมองและเติบโตกดลงบนผิวของสมองให้เป็นแอ่ง ตัวเนื้องอกอาจเป็นก้อนกลางหรือปุ่มก็ได้ และจะติดกับ Dura แบ่งออกเป็น 2 แบบคือ 1) แบบก้อน (Meningioma en masses) มีขอบเขตชัดเจน มีผนังหุ้มหนา ตัวก้อนติดผนังด้านในของ dura และ 2) เนื้องอกที่เป็นลักษณะแผ่น (meningioma en plaque) ไม่มีผนังหุ้มชัดเจน ส่วนมากพบที่ฐานกะโหลก เนื้องอกมีเส้นเลือดมาเลี้ยงจาก meningeal artery อาการและการแสดงของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งเนื้องอก ผู้ป่วยมักแสดงอาการค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเนื้องอกโตขึ้น อาจกดทับบางส่วนของสมองส่งผลต่อการทำงานที่เหมาะสมของสมองจะมีอาการ ได้แก่ 1) อาการชัก เกิดจากภาวะคายเคืองที่ผิวสมอง 2) อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เกิดจากความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นเนื่องจากเนื้องอกโดยออกมาปิดทางเดินของน้ำในโพรงสมอง 3) อาการผิดปกติของระบบประสาทตามตำแหน่งที่เกิดเนื้องอก เช่น แขน ขา อ่อนแรง รู้สึกชาหรือเจ็บบริเวณใบหน้า ร่างกายกระตุก ชัก เดินเซ เสียอาการทรงตัว 4) อาการอื่นๆเช่น สูญเสียการได้ยิน หูอื้อ มีปัญหาการพูด สูญเสียความทรงจำ สูญเสียการรับรู้กลิ่น (พิรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์, 2565)

แนวทางการคัดกรอง

ผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง สามารถเกิดได้กับทุกคน ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองจึงเป็นเรื่องสำคัญ ประกอบด้วย 1) ชักประวัติ อาการและการแสดง 2) การวัดสัญญาณชีพ (Vital signs) ระดับความรู้สึกตัว (Conscious) การประเมินอาการทางระบบประสาท (Neurological assessment) ได้แก่ การประเมิน สติสัมปชัญญะ (Mental status), การทำงานประสานกันของระบบประสาท (Coordination), ระบบมอเตอร์กล้ามเนื้อ (Motor), เส้นประสาทสมอง (Cranial nerves), การรับความรู้สึก (Sensory) และ ปฏิกริยาตอบสนองของเอ็นกล้ามเนื้อ (Deep tendon reflexes) 3) คัดกรองตามประเภทผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยไม่วิกฤต และผู้ป่วยวิกฤต ถ้าหากผู้ป่วยมาด้วยอาการซึม ไม่รู้สึกตัว ภาวะความดันโลหิตต่ำทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ให้การดูแลโดยการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support) รายงานแพทย์ถ้าพบ Signs of herniation syndrome ให้ทำ hyperventilation และให้ยาตามการรักษาของแพทย์ (พิรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์, 2565)

การตรวจวินิจฉัย ในผู้ป่วยที่สงสัยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง นอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาท ยังมีการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญดังนี้ (พิรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์, 2565)

1) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เป็นการใช้อัลตราซาวด์ในการสร้างภาพฉาย บอกข้อมูลตำแหน่งบริเวณเนื้องอก ภาวะสมองบวม เลือดออกในสมองได้ดี

2) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) เป็นการใช้อัลตราซาวด์ร่วมกับสนามแม่เหล็กแรงสูงช่วยสร้างภาพถ่ายโครงสร้างภายในสมอง เนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง ที่ให้ความละเอียดมากกว่า CT scan

3) การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสี (PET scan) หากตรวจพบมีเนื้องอกในสมอง แพทย์อาจส่งตรวจอวัยวะอื่นร่วมด้วยเพื่อหาตำแหน่งเซลล์มะเร็งที่อาจแพร่ลามไปอวัยวะอื่นๆ



4) การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจวินิจฉัย(Biopsy) หาความผิดปกติของเนื้อเยื่อว่าเป็นเนื้องอกที่อยู่ในชั้นและระดับความรุนแรงใด เป็นเนื้อร้ายหรือไม่ เพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

แนวทางการรักษา (สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2563 ; พืพงษ์ เหลืองอาภาพงศ์, 2565) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ประเภท ระยะของเนื้องอก ตำแหน่งของเนื้องอก ขอบเขตการแพร่กระจายอายุของผู้ป่วย ประวัติการรักษาและสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย โดยวิธีการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Craniectomy) ถือว่าเป็นทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุด

1) การผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์และส่องกล้อง Endoscope (Micro and Endoscope Brain Surgery) เป็นการรักษาลักษณะของโรคนี้ โดยส่วนใหญ่หากเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งที่สามารถผ่าตัดออกได้โดยไม่เกิดความพิการและอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย แพทย์มักพิจารณาในการผ่าตัดเนื้องอกออกหมดหรือนำออกให้ออกมากที่สุด

2) การฉายรังสีรักษาหรือการฉายรังสีนำวิถี (Stereotactic radiosurgery) เป็นการรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัดหรือใช้ในกรณีที่เป็นก้อนเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาออกได้หมด หรือใช้เพื่อการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

3) การให้ยาเคมีบำบัดหรือยาเคมี (Cancer chemotherapy) ใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดที่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด ได้แก่ โรคมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากโรคมะเร็งอวัยวะอื่นๆ โรคมะเร็งสมองทุติยภูมิ โรคมะเร็งเนื้อสมอง และการเกิดเป็นซ้ำของเนื้องอกสมอง

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (นลินี พสุคันธภัก และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2557 ; สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2563)

กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. การตรวจร่างกายทางระบบประสาทต่างๆ การประเมินสัญญาณชีพ และบันทึกการมองเห็น
2. ชักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน อาการแพ้ยา อาหาร การใช้ยาชนิดต่างๆ เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติเลือดออกง่ายหยุดยาก ประวัติการจัดฟัน
3. การประเมินการเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากพบผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน จอประสาทตาบวม ระดับความรู้สึกตัวลดลง ลักษณะการหายใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรืออัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่าปกติ ต้องรายงานแพทย์ทันที
4. การประเมินและเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจล้มเหลว มีการประเมินสัญญาณชีพร่วมกับระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale; GCS) ผู้ป่วยที่มี GCS $\leq$ 8 ควรได้รับการช่วยหายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ
5. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจหรือการไอที่มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง การประเมินความปวดด้วยตนเอง การระมัดระวังไม่ให้สายระบายต่างๆ พังงอหรือเลื่อนหลุด ห้ามดึงสายแคะแคะแผล การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว การมีของเหลวออกจากแผล เป็นต้น
6. การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย การงดน้ำงดอาหาร การตรวจสอบอุปกรณ์ที่ติดตัวมาของผู้ป่วย เช่น ฟันปลอม ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท การเคลื่อนไหว กำลังของกล้ามเนื้อและการเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัด



7. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ประเมินความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวในการรับการผ่าตัด ผลผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลและการอธิบาย หรือชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการผ่าตัด ลักษณะและชนิดของการผ่าตัด รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ สถานการณ์ที่ต้องเผชิญ พร้อมให้คำแนะนำต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยวิตกกังวลน้อยลง

8. การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ตรวจสอบความยินยอมในการผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน ตรวจสอบการทำ marking site จากใบระบุตัวผู้ป่วย ฟลิ้มเอกซเรย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดระยะวิกฤต

1. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ ประเมินสัญญาณชีพ ร่วมกับประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัว $GCS \leq 8$ ควรได้รับการช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ให้อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 95% สังเกตลักษณะการหายใจ การขยายของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมและใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติตามแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจ และแนวทางการดูดเสมหะทางท่อหลอดลม มีการติดตามผล Arterial blood gas และรายงานแพทย์ จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ

2. 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 ค่าความดันในกะโหลกศีรษะมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ประเมินความปวด และจัดการความปวด ดูแลแผลผ่าตัด ทอระบายให้ไหลสะดวก ไม่ตึงรั้ง บันทึกทั้งสีและจำนวน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ การทำหน้าที่ของเส้นประสาทสมอง กำลังของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง ภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน เป็นภาวะที่พบบ่อยหลังผ่าตัดและต้องเฝ้าระวัง ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมองและสมองบวมได้

4. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากการผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย ต้องเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงคือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ตัวเย็น ชีต ปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง มีอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ประเมินและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ได้แก่ การสังเกตอาการทางระบบประสาท สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวแขนขา ปริมาณเลือดที่ออกจากแผลหรือสายทอระบาย ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้เจาะ Hematocrit รายงานแพทย์ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือดและประกอบของเลือดชัดเจนตามการรักษาของแพทย์ บันทึกน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย

5. การจัดการกับความปวด ประเมินความปวดโดยใช้ Pain scale ทุก 4-6 ชั่วโมง ดูแลประคบเย็นบริเวณรอบแผลผ่าตัด ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา จัดท่านอนให้สุขสบาย ไหลเวียนสูง 30 องศา เพื่อลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ ไม่นอนทับแผลผ่าตัดและทอระบาย การดื่มน้ำสายทอระบาย



6. ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ในร่างกาย ประเมินและสังเกตอาการของภาวะโปตัสเซียม และโซเดียมที่ผิดปกติ เช่น ภาวะโปตัสเซียมต่ำ จะเกิดหัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดภาวะต่างในร่างกาย (alkalosis) การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง สมองถูกกด ความจำเสื่อม หัวใจหยุดเต้น ภาวะโปตัสเซียมสูง จะเกิดแน่นหน้าอก ชีพจรเจ็ตขึ้นช้า คลื่นหัวใจผิดปกติ ปวดท้อง ท้องอืด กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาต ส่วนภาวะโซเดียมต่ำ จะทำให้เกิดอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว กระหายน้ำ เป็นตะคริว อาเจียน ถ้าต่ำมากจะทำให้เกิดอาการเพื่อกระสับกระส่าย ไม่รู้สึกตัว ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น และอยู่ในภาวะช็อกได้ ถ้าเกิดภาวะโซเดียมสูง จะเกิดการกระหายน้ำ ซึม หมดสติ ความดันโลหิตสูง และเกิดหัวใจล้มเหลวตามมา ดังนั้นต้องดูแลให้สารน้ำตามการรักษาของแพทย์ บันทึกจำนวน ลักษณะสีปัสสาวะ บันทึกน้ำเข้าออก พร้อมทั้งติดตามผลตรวจ Electrolyte และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

7. การป้องกันอันตรายเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการชักเกร็ง กระตุก เตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยเครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน กรณีผู้ป่วยชัก จัดทำให้อาการชักสงบจนหมดสติไปด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ไม่งดอาหารการกรและใส่สิ่งของในปาก ไม่ผูกมัด ยกไม้กั้นเตียงขึ้น ใช้หมอนกั้นป้องกันความบาดเจ็บของร่างกาย สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และติดตามผลการตรวจระดับยาในเลือดในร่างกาย

8. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะเบาจืด (Diabetic Insipidus), การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน, ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่ว

9. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การพยากรณ์โรคหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ

กิจกรรมพยาบาลหลังผ่าตัดระยะวิกฤต

1. การประเมินและเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจ อาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพ ทุก 4-6 ชั่วโมง ควรได้รับการช่วยเหลือและให้ออกซิเจนตามความเหมาะสม

2. การป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ โดยล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง วัตถุประสงค์ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการและการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด สังเกตหลังจากแผลผ่าตัด เช่น หนอง น้ำหล่อสมองและไขสันหลัง อาการปวดบวม แดงร้อน ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ ถ้าพบแผลเปื่อยซึมต้องแจ้งแพทย์ทราบทันที ดูแลระบบการไหลของท่อระบายต่างๆเป็นระบบปิด ไม่ให้มีการหัก งอ พับ มีการติดตามการรายงานผลการส่งเพาะเชื้อสิ่งคัดหลั่งจากแผล

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความผิดปกติจากการกลืน ประเมินและบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก ป้องกันการเกิดแผลที่กระเจตา การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน การป้องกันอันตรายเมื่อเกิดอาการชักเกร็ง กระตุก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. การทบทวน สอน ฝึกทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ การระวังไม่ให้สายระบายต่างๆพับงอ เลื่อนหลุด ห้ามดึงสายและแกะเอาแผล เปลี่ยนท่านอน และประเมินความปวดด้วยตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ของเหลวที่ออกจากแผล



5. กระตุ้นการ Ambulation ในผู้ป่วยที่แขนขาอ่อนแรงต้องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อทำ Active Exercise หรือ Passive Exercise ถ้าแพทย์ให้ลุกเดินได้ ต้องประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดูแลช่วยเหลือพยุงให้ผู้ป่วยลุกเดินอย่างปลอดภัย

6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา การพยากรณ์โรคของแพทย์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมการพยาบาลระยะฟื้นฟู

1. เฝ้าระวังและสังเกตอาการการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง

2. เฝ้าระวังอาการชัก เกร็ง และการป้องกันอุบัติเหตุ ให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามการรักษาของแพทย์ต่อเนื่อง

3. ส่งเสริมการหายใจของแผลผ่าตัด การดูแลแผล การป้องกันการเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ให้โภชนาการที่เหมาะสมเน้นโปรตีนสูง

4. ดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินการกลืน ประเมินการทำงานของลำไส้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ดูแลให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แนะนำให้ญาติจัดอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา

5. ดูแลความสุขสบายและความปลอดภัย เช่น การนอนหลับ ความสะอาดร่างกาย การพลัดตกหกล้ม

6. ดูแลการขับถ่าย รับประทานอาหารที่มีกากใย ผัก ผลไม้ จัดให้ดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร ให้ยาระบายตามแผนการรักษา กระตุ้นการเคลื่อนไหว (Early Ambulation) ของร่างกายต่อเนื่อง

7. ส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร กระตุ้นผู้ป่วยให้มีการสื่อสาร โดยเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม

8. ส่งเสริมด้านจิตใจ โดยประสานผู้ป่วยและญาติ ให้พบแพทย์เพื่อฟังการดำเนินของโรคและแผนการรักษา พร้อมซักถามข้อสงสัย สร้างความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ให้กำลังใจ แสดงท่าทีความเข้าใจ ซักถามอย่างสม่ำเสมอ ประคับประคองจิตใจ และจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel Index สภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ อาหารและการสื่อสาร การรับรู้ และการขับถ่าย

2. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อค่านิยมต่างๆ

3. เตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหลังผ่าตัดสมอง ฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร การพูด การเคลื่อนไหว การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันอันตรายจากการชัก การรับประทานยากันชักต่อเนื่อง



4. เตรียมพร้อมครอบครัวและผู้ดูแล โดยการประสานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ฝึกทักษะการดูแล การทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ แนะนำการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ กระบวนการส่งต่อ เพื่อฉายแสงหรือเคมีบำบัด หรือส่งต่อเนื่องโรงพยาบาลตามสิทธิ พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงแผนการรักษาและพบแพทย์ความจำเป็นที่ต้องส่งต่อ

6. ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

7. การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยสูงวัยอายุ 54 ปี 6 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาอิสลาม ประกอบอาชีพค้าขาย สถานภาพสมรส คู่ รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 14.45 น. ด้วยอาการปวดศีรษะ อาเจียน แขนและขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติว่า 1 เดือนก่อนมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแหลมงอบ อาการไม่ดีขึ้นจึงมารักษาที่โรงพยาบาลตราด แพทย์ส่งตรวจ MRI Brain พบเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง แพทย์นัดมาตรวจติดตามอาการ แนะนำการทำผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิเสธการทำผ่าตัด เนื่องจากไม่มั่นใจและกลัวผลผ่าตัดสมองแล้วจะทำให้เกิดความรู้สึกทางสมองและอวัยวะอื่นของร่างกายตามมา ขอรับประทานยาก่อน แพทย์ให้ยาแก้ปวดและวิตามินบีรวม กลับไปรับประทานต่อที่บ้าน ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพโดยรวมแข็งแรงดี ไม่เคยทำผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยาและแพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ช่วยเหลือตนเองและทำงานบ้านได้ดี การรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แพทย์ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และส่ง CT scan brain พบ A heterogeneous isodense mass with partial rim calcification at right frontal lobe with adjacent at right frontal bone ขนาด 3.5x 3.9 x 3.3 cm., The midline shift to the left, measured about 1.0 cm., perilesional edema. All of finding are suspected meningioma. ให้เข้ามานอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินอาการทางระบบประสาท (Glasgow Coma Scale ; GCS) 15 คะแนน (E4V5M6) พูดไม่ชัด แขนและขาซ้ายอ่อนแรง (grade 4) ขนาดรูม่านตาเท่ากับ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 97เปอร์เซ็นต์ ตรวจเลือด CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Calcium, Magnesium, Phosphorus , Liver function test , PT PTT INR พบโซเดียมในเลือดต่ำ (Sodium 131.3 mmol/L, Chloride 96.0 mmol/L) แพทย์ให้เพิ่มสารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำเป็น 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ยา Dilantin 750 มิลลิกรัม ใน NSS 100 มิลลิลิตร หยุดทางหลอดเลือดดำใน 30 นาทีทันทีและ 100 มิลลิกรัมทุก 8 ชั่วโมง, Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง, Dimen 1 ampule ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ถ้าอาเจียน และ Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวดและมีไข้ ให้รับประทานอาหารได้ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 05.40 น. ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว ประเมินอาการทางระบบประสาท GCS 3 คะแนน (E1V1M1) ขนาดรูม่านตาขยายเท่ากับ 7 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/81 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 92 เปอร์เซ็นต์



จัดท่านอนหงายและให้ Oxygen Mask with ambu bag รายงานแพทย์มาใส่ Endotracheal tube ต่อ Ventilator ใส่สายสวนปัสสาวะ หลังจากนั้นประเมินอาการทางระบบประสาท GCS 6 คะแนน (E3VTM3) ขนาดรูม่านตาข้างขวา 4 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้าๆ แพทย์ส่งตรวจ CT scan brain emergency ผลการตรวจขนาดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองไม่เปลี่ยนแปลง มีสมองบวมมากขึ้น แพทย์ให้ 20% Mannitol 250 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำใน 30 นาทีทันที และ ขนาด 75 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังจากให้ยา 20% Mannitol ผ่านไป 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมิน GCS 10 คะแนน (E4VTM6) แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง ด้านขวามีกำลังปกติ ขนาดรูม่านตาข้างขวา 4 มิลลิเมตรไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี แพทย์อธิบายการรักษาและวางแผนทำผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองให้ผู้ป่วยและญาติทราบ มีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา Mannitol ที่มีผลการทำงานของไต โดยตรวจค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (Urine specific gravity) คือ ให้อยู่ระดับ 1.001- 1.030 และวัดความดันโลหิตมีค่าไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ก่อนให้ยาทุกครั้ง ซึ่งผลการตรวจปกติสามารถให้ยาได้ตามเวลาการรักษา ผู้ป่วยระหว่างรอผ่าตัด ใส่ Endotracheal tube ต่อ Ventilator On PCV mode FiO2 0.4, PEEP 5 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี เสมหะสีขาว ประเมิน GCS 10 คะแนน (E4VTM6) และสัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติตลอด ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 20% Mannitol 75 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ใส่สายให้อาหารทางจมูก (Nasogastric tube) และให้อาหารเหลว 200 มิลลิลิตร ทุก 6 ชั่วโมง **วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมิน GCS 10 คะแนน (E4VTM6) ขนาดรูม่านตาข้างขวา 4 มิลลิเมตร และข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง ด้านขวามีกำลังปกติ ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี แพทย์ตรวจเย็บมอาการและให้เตรียมผู้ป่วยส่งผ่าตัด ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 13.30 น. จองเลือด Pack Red Cell 4 ยูนิต และ Fresh Frozen Plasma 4 ยูนิต ให้งดน้ำ-งดอาหาร เวลา 6.00 น. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เตรียมยา Cloxacillin 2 กรัมไปห้องผ่าตัด และให้เชนดเอกสารยินยอมทำผ่าตัด ญาติมีความวิตกกังวลสอบถามเกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัด อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติจนเข้าใจดีและยินยอมทำผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 13.10 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 10 คะแนน (E4VTM6) ขนาดรูม่านตาขวา 4 มิลลิเมตร และรูม่านตาซ้าย 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/82 มิลลิเมตรปรอท SpO2 99 เปอร์เซ็นต์ On Endotracheal tube with ambu bag ต่อ Oxygen flow 10 ลิตรต่อนาที ขณะนำส่งห้องผ่าตัด เวลา 17.30 น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดหลังทำ Right frontotemporal craniectomy to remove tumor under general anesthesia ใช้เวลาผ่าตัด 3 ชั่วโมง 5 นาที พบ Right Frontal convexity meningioma ขนาด 3x3x4 เซนติเมตร Estimate Blood loss 500 มิลลิลิตร แพทย์ได้ให้ Pack Red Cell 2 ยูนิต และ Fresh Frozen Plasma 2 ยูนิต ในห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัว ประเมิน GCS 9 คะแนน (E3VTM6) ขนาดรูม่านตาข้างขวา 3 มิลลิเมตร และข้างซ้าย 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/74 มิลลิเมตรปรอท SpO2 100 เปอร์เซ็นต์ ON Endotracheal tube ต่อ Ventilator โดยตั้ง CMV Mode, TV 450, RR 12, FiO2 0.4, I:E 1:2, PEEP 5 แผลที่ศีรษะแห้งดี มีสาย Radivac drain มี Content ออกสีแดงจำนวน 30 มิลลิลิตร, คาสายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหารทางจมูก แพทย์ให้ดื่มน้ำและงดอาหาร จัดท่านอนหัวสูง 30 องศา ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยด



ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, ยา 20% Mannitol 75 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง, Cloxacillin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง, Dilantin 100 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง, Omeprazole 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง, Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง, Transamine 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง และ Tramol 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง และส่งตรวจ CBC, Electrolyte ผล Hct 37.7 % Potassium ต่ำ (3.07 mmol/L) รายงานแพทย์ให้ KCL 40 mEq ผสมในสารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS 9 คะแนน (E3VTM6) ขนาดรูม่านตาขวา 3 มิลลิเมตร ตาซ้าย 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิ 36.8 -38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68-96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/80-146/87 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99-100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดี มีไข้ เช็ดตัวลดไข้ได้ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Radivac drain มี Content ออกรวม 100 มิลลิลิตรต่อวัน ประเมินคะแนนความปวดจากสีหน้า (Pain score) เท่ากับ 3-4 ผู้ป่วยได้ยา Tramol 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามเวลา วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565 (หลังผ่าตัด Day 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 10 คะแนน (E4VTM6) ขนาดรูม่านตา 4 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากัน 2 ข้าง แขนและขาซ้ายขวามีกำลังปกติ อุณหภูมิ 36.8-38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 66-114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/58-147/97 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99-100 เปอร์เซ็นต์ On Endotracheal tube with Ventilator Mode CMV, TV 450, RR 12, FiO₂ 0.4, I:E 1:2, PEEP 5 เวลา 10.00 น. แพทย์ตรวจเย็บประเมินอาการและการหายใจ ให้หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ On Endotracheal tube with oxygen T-piece flow 10 ลิตรต่อนาที และให้ Beradual 1 NB พ่นทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจไม่หอบเหนื่อย ผลตรวจ Electrolyte พบ Potassium ต่ำ (3.09 mmol/L) แพทย์ให้ KCL 40 mEq ผสมในสารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา 20% Mannitol 75 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง, Tramol 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง และเริ่มให้เหลวอาหารทาง NG tube 100 มิลลิลิตรและน้ำ 50 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ ประเมินคะแนนความปวดจากสีหน้า (Pain score) เท่ากับ 4-5 จัดทำนอนให้สุขสบายและให้คำอธิบายเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวดของแพทย์ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Radivac drain มี Content ออกเพิ่ม 90 มิลลิลิตรต่อวัน วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 (หลังผ่าตัด Day 2) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 10 คะแนน (E4VTM6) ขนาดรูม่านตา 4 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากันทั้ง 2 ข้าง แขนและขาซ้ายขวามีกำลังปกติ สัญญาณชีพปกติ On Endotracheal tube with Oxygen T-piece flow 10 ลิตรต่อนาที แพทย์ประเมินอาการ ให้ถอดท่อช่วยหายใจได้และ On Oxygen Mask with bag flow 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเองได้ตลอดไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ให้ Beradual 1 NB พ่นทุก 4 ชั่วโมง ประเมิน GCS หลังถอดท่อช่วยหายใจเท่ากับ 12 คะแนน (E4V2M6) และ GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ตามลำดับ ผลการส่งตรวจ Electrolyte พบ Potassium อยู่ในระดับปกติ (3.71 mmol/L) ประเมินคะแนนความปวด (Pain score) เท่ากับ 3-4 แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Radivac drain มี Content ออกเพิ่ม 50 มิลลิลิตรต่อวันให้อาหารทางสายยางรับได้หมด ไม่มีท้องอืดยังไม่ถ่ายอุจจาระ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 (หลังผ่าตัด Day 3) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากันทั้ง 2 ข้าง แขนและขาซ้ายขวา มีกำลังปกติ สัญญาณชีพปกติ แพทย์ให้ถอด Oxygen ออกได้ เริ่ม Early ambulation ให้ลุกนั่งบ่อยๆได้ และให้ถอดสาย NG tube ออกและให้รับประทานอาหารอ่อน ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา 20% Mannitol 75 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง,



Paracetamol 500 มิลลิกรัมรับประทานทุก 4-6 ชั่วโมงเวลาปวด ประเมินคะแนนความปวด (Pain score) เท่ากับ 3-5 ไม่ขอยาแก้ปวด Radivac drain มี Content ออกเพิ่ม 60 มิลลิลิตรต่อวัน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ของภาชนะที่เตรียมมาให้ ท้องอืดเล็กน้อย ไม่ถ่ายอุจจาระ วันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2565 (หลังผ่าตัด Day 4-5) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากันทั้ง 2 ข้าง แขนและขาซ้ายขวามีกำลังปกติ สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดแห้งดี Radivac drain มี Content ออกเพิ่ม 30 และ 10 มิลลิลิตรต่อวัน ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารได้น้อย แพทย์ยังให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, ยา 20% Mannitol 75 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง, หยดยา Transamine และ Dilantin ทางหลอดเลือดดำ เปลี่ยน Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงเป็นทุก 8 ชั่วโมง, ให้ยา Dilantin 100 มิลลิกรัมรับประทาน 3 เม็ดก่อนนอน และยา Sere 1 เม็ดรับประทานหลังอาหาร เข้า-เย็น เปิดทำแผลผ่าตัดและเอาสาย Radivac drain ออกได้ และให้ทำแผลวันละ 1 ครั้ง พร้อมกับถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง ยืน และพาเดินไปห้องน้ำได้ ปัสสาวะได้เอง มีถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง วันที่ 24-26 กุมภาพันธ์ 2565 (หลังผ่าตัด Day 6-8) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ข้างแขนและขาซ้ายขวา มีกำลังปกติ สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี Discharge ชีพ ประเมินคะแนนความปวด (Pain score) เท่ากับ 2-3 ไม่ขอยาแก้ปวด ให้คำแนะนำในการฟื้นฟูร่างกาย การทำกิจกรรมต่างๆ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ให้สังเกตอาการผิดปกติ รับประทานอาหารธรรมดา อิสลาม ผู้รับประทานอาหารได้เกือบหมดภาชนะที่เตรียมมาให้ในแต่ละมื้อและลุกเดินปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2565 (หลังผ่าตัด Day 9) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ข้างแขนและขาซ้ายขวา มีกำลังปกติ สัญญาณชีพปกติ แพทย์สั่งตัดไหมแผลผ่าตัด แผลดีดี พร้อมแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้อให้ผู้ป่วยทราบ คือ Meningioma , WHO grade I ไม่ต้องให้ยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงต่อ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้าน ประเมิน Barthel ADL Index คะแนน 16/20 จัดอยู่ในระดับร่างกายสูญเสียหน้าที่เล็กน้อย วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ Home medication คือ Dicloxacillin 250 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานก่อนอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น-ก่อนนอน, Dilantin 100 มิลลิกรัม 3 เม็ด รับประทานก่อนนอน, Vitamin B complex 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น และ Paracetamol 500 มิลลิกรัมรับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวด นัดติดตามอาการที่ห้องตรวจศัลยกรรมระบบประสาท วันที่ 7 มีนาคม 2565 เวลา 08.00-12.00 น. ทบทวนการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ กิจกรรมที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน งดออกกำลังกายหนัก การพักผ่อน การรับประทานอาหารธรรมดาตามปกติ การมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยกลับบ้านได้ จำหน่ายอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาอนโรพยาบาลและระยะเวลาในการดูแล 16 วัน

ผลการศึกษา ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตก่อนและหลังผ่าตัด เนื่องจากก้อนของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมีขนาดใหญ่อยู่ในตำแหน่งสมองส่วนหน้าขวา เบียดก้านสมองมากกว่า 1 เซนติเมตรเกิดสมองบวม มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับภาวะโซเดียมต่ำ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลงและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การรักษาของแพทย์โดยการผ่าตัดที่ทันสมัยที่ ร่วมกับพยาบาลมีความรู้พยาธิสภาพของโรค มีความเชี่ยวชาญของการประเมินอาการทางระบบประสาทโดยใช้ Glasgow Coma



Scale (GCS) การประเมินสัญญาณชีพ การวางแผนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวิกฤต การเตรียมความพร้อม การพยาบาลก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จนทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตได้ มีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดและวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความพิการ และสามารถกลับบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎี ด้วยการอภิปรายผล ตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
1.ระยะวิกฤต	ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว	ผู้ป่วยตรวจพบเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้า ปฏิเสธการทำผ่าตัด เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยอาการ ปวดศีรษะ อาเจียน แขนและขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ส่ง CT scan brain พบ Right frontal meningioma 3.5x3.9x 3.3 cm.with adjacent hyperostosis at right frontal bone .This lesionhas perilesional edema. The midline shift to the left,measured about 1.0 cm. แพทย์วางแผนผ่าตัดเนื้องอก รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง แรกได้รับประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) 15 คะแนน (E4V5M6) พูดไม่ชัด แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง (grade 4) ขนาดรูม่านตาเท่ากับ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากับ 2 ข้าง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของ ออกซิเจนใน เลือด (SpO ₂) 97% ตรวจเลือด พบ Sodium 131.3 mmol/L, Cl 96.0 mmol/L หลังจากนอนพักในหอผู้ป่วย 15 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สีกตัว GCS 3 คะแนน(E1V1M1) ขนาดรูม่านตาขยายเท่ากับ 7 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
		ความดันโลหิต 142/81 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 92 % แพทย์มาใส่ Endotracheal tube ต่อ Ventilator จากการประเมินอาการร่วมกับพยาธิสภาพของโรคและผลตรวจ CT Scan พบว่าก้อนเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมีขนาดใหญ่ เบียดก้านสมองมากกว่า 1 เซนติเมตร กั้นเนื้อที่ในสมอง เกิดสมองบวม และเป็นสาเหตุทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560) ร่วมกับมีภาวะไซเตียมในเลือดต่ำ ทำให้เซลล์สมองบวม อาการของโรครุนแรงมากขึ้น (เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และคณะ, 2561) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ในกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประเมินการเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากพบผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ลักษณะการหายใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรืออัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่าปกติ ต้องรายงานแพทย์ การเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ต้องมีการประเมินสัญญาณชีพร่วมกับระดับความรู้สึกตัว หากพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว GCS $\leq$ 8 ควรช่วยหายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (นลินี พสุคันธภาค และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล 2557; สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2563)



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
2.พยาธิสภาพ อาการและอาการ แสดง	1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน อาการไม่ดีขึ้นจึงมารักษาที่โรงพยาบาลตราด แพทย์ส่งตรวจ MRI Brain (21 มกราคม 2565) พบ meningioma at right fronto-parietal convexity. ขนาด 4.4 x3.7x4.2 cm. Mildline shifting to the left 0.8 cm. และนัดผู้ป่วยมาฟังผลการตรวจ (4 กุมภาพันธ์ 2565) แพทย์แนะนำผ่าตัดเนื้องอกแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการทำผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิเสธการทำผ่าตัดเนื่องจากไม่มั่นใจและกลัวผลผ่าตัดสมองจะทำให้เกิดความพิการทางสมองและอวัยวะอื่นของร่างกายตามมา จึงขอรับประทานยาก่อน วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2565 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ ปวดศีรษะ อาเจียน แขนและขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ส่งตรวจ CT scan brain heterogeneous isodense mass with partial rim calcification at right frontal lobe size about 3.5x3.9x3.3 cm. with adjacent hyperostosis. This lesion has perilesional edema. All of finding are suspected meningioma. The midline shift to the left, measured about 1.0 cm	จากการวิเคราะห์อาการและอาการแสดง ผลตรวจ MRI Brain , CT scan brain และผลการผ่าตัดพบว่า เป็นเนื้องอกที่มีขอบเขตชัดเจน เป็นแบบชนิดก้อน ที่ตำแหน่งสมองส่วนหน้าขวา (Right Frontal convexity meningioma) ขนาดของเนื้องอกจากการตรวจ MRI Brain และ CT scan brain ห่างกัน 23 วัน มีขนาดเล็กลงแต่ไม่แตกต่างกันมาก เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดและกลับไปอยู่บ้านได้ 9 วัน จึงมีอาการทรุดลงปวดศีรษะ อาเจียน แขนและขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ซึ่งอาจเกิดจากการกดทับบางส่วนของเนื้องอกเยื่อสมอง สมองบวม เบียดก้านสมองมากกว่า 1 เซนติเมตร สอดคล้องกับ ฟิรฟงศ์ เหลืองอาภาพงศ์ (2565) ที่กล่าวว่า เนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่มีขอบเขตชัดเจน เป็นแบบชนิดก้อน (Meningioma en mass) ผู้ป่วยมักจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไปมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เกิดความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากเนื้องอกโตออกมาปิดทางเดินของน้ำในโพรงสมอง จึงมีอาการผิดปกติของระบบประสาทตามตำแหน่งที่เกิดเนื้องอก คือ แขนขาอ่อนแรง มีปัญหาการพูด



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
3. การรักษา	1. รักษาเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองด้วยการผ่าตัด Right frontotemporal craniectomy to remove tumor 2. แก้ไขและป้องกันภาวะการหายใจล้มเหลว - ใส่ Endotracheal tube ต่อ Ventilator On PCV mode FiO2 0.4, PEEP 5 - ประเมิน GCS และสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง 3. ลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และ ป้องกันการชักจากสมองบวม - ให้ 20% Mannitol 250 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำใน 30 นาที และ ขนาด 75 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง - ให้ยา Dilantin 750 มิลลิกรัม ใน NSS 100 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำใน 30 นาทีทันที และ 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, - ให้ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง - Repeat CT scan brain 4. แก้ไขภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ - สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ - Record Intake-Output - ส่งเลือดตรวจ Electrolyte	เนื้องอกเป็นชนิดก้อนอยู่ในตำแหน่งส่วนหน้าและมีการเบียดก้านสมองมากกว่า 0.5 เซนติเมตร เซนติเมตร เป็นข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดผ่านกล้องกำลังขยายสูง (Microscopic craniotomy) ซึ่งเป็นการรักษาหลักของโรค แพทย์จะผ่าตัดเนื้องอกออกหมดหรือนำออกให้ออกมากที่สุด (สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2563 ; พิร์พงค์ เหลืองอาภาพงศ์, 2565) เพื่อเอาเนื้องอกที่เป็นสาเหตุของโรคออก และแก้ปัญหาการอุดตันระบบการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังและก่อให้เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง (เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และคณะ, 2561) ผู้ป่วยมีสมองบวม ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกิดภาวะหายใจล้มเหลว จึงใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับการให้ยา 20% Mannitol, Dexamethasone เพื่อลดสมองบวม ส่วน Dilantin ใช้ป้องกันการเกิดอาการชัก เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย จากการประเมิน และสังเกตอาการ ในผู้ป่วยรายนี้พบ โซเดียมในเลือดต่ำทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ไม่รู้สึกตัว ส่วนภาวะโพตัสเซียมต่ำ อาจจะทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดภาวะต่างในร่างกาย (alkalosis) การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง และเกิดหัวใจล้มเหลวตามมา ดังนั้นจำเป็นต้องดูแลให้สารน้ำตามการรักษาของแพทย์ บันทึกจำนวน ลักษณะสีปัสสาวะ และบันทึกน้ำเข้าออก พร้อมทั้งติดตามผลตรวจ Electrolyte และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ (นลินี พสุคันธภัก และ วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, 2557 ; สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2563)



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	5. แก้ไขภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ -แพทย์ ให้ KCL 40 mEq ผสมในสารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ -Record Intake-Output -ส่งเลือดตรวจ Electrolyte 6.ป้องกันการช็อกจากการเสียเลือด -ให้ Pack Red Cell 2 ยูนิต, Fresh Frozen Plasma 2 ยูนิต -Monitor vital signs, Neurosigns ทุก 1 ชั่วโมง -ให้ยาTransamine 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง 7. ป้องกันการเกิดแผลติดเชื้อและการติดเชื้อลุกลามในสมอง -ให้ยา Cloxacillin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง - On Redivac drain และบันทึก Content จาก Redivac drain	การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่สำคัญ คือ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด การติดเชื้อแผลผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้มี Estimate Blood loss 500 มิลลิลิตร จึงจำเป็นต้องให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน การใส่สาย Radivac drain เพื่อระบายสารคัดหลั่งในสมอง และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อลุกลามในสมองได้
4. ปัญหาทางการพยาบาล	<u>ก่อนผ่าตัด</u> 1. มีภาวะหายใจล้มเหลวจากสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับภาวะโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ 2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง <u>หลังผ่าตัด</u> 3. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด 4. มีภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ	กำหนดปัญหาทางการพยาบาลจากประวัติ ผลการตรวจพิเศษ อาการขณะรับไว้ในการดูแลที่หอผู้ป่วย มีการประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดและนำปัญหามาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ตามบทบาทการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองก่อนทำผ่าตัดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่เน้นการเตรียมพร้อมด้านจิตใจ และด้านร่างกาย และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโดยเน้น 1)



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ศีรษะ 6. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูและการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน	การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย ภาวะช็อกจากการเสียเลือด ภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ อาการชักเกร็งกระตุก แผลผ่าตัด การติดเชื้อ ท่อระบาย ความปวด การกลืน แผลกดทับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วย 2) การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาที่พบ เช่น การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะ Hypovolemic shock 3) การ Ambulate และฟื้นฟูผู้ป่วย 4) การสอนและทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และ 5) การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ให้ความสำคัญกับการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (นลินี พสุคันธรักษ์ และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2557)
5. การพยาบาลตามปัญหาสำคัญ 5.1 มีภาวะหายใจล้มเหลวจากสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับภาวะโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ	1.รายงานประสาทศัลยแพทย์ 2.ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ ประเมินสัญญาณชีพ อาการระบบประสาท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินปลายมือปลายเท้าเขียว ระดับความรู้สึกตัว อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย ภาวะหายใจลำบาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจและบันทึกทุก 1 ชั่วโมง 3.ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำตามการรักษาของแพทย์ 4.ช่วยเตรียมผู้ป่วยและช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ	หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล 15 ชั่วโมง เพื่อเตรียมผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สีกตัว ประเมินอาการทางระบบประสาท GCS 3 คะแนน (E1V1M1) ขนาดรูม่านตาขยายเท่ากัน 7 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 142/81 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 92 เปอร์เซ็นต์ เมื่อรายงานแพทย์และได้รับการแก้ไข โดยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ประเมินอาการทางระบบประสาท GCS 6 คะแนน (E3VTM3) ขนาดรูม่านตาข้างขวา 4 มิลลิเมตร



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	5. ดูแลผู้ป่วยใส่ Endotracheal tube ต่อ Ventilator 6. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจและดูแลเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง 7. ให้ยา 20% Mannitol, Dexamethasone และ Dilantin ตามการรักษาของแพทย์ 8. ตรวจค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (Urine specific gravity) คือให้อยู่ระดับ 1.001- 1.030 และวัดความดันโลหิตมีค่าไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ก่อนให้ยา 20% Mannitol ทุกครั้ง 9. ติดตามผล Electrolyte โดยเจาะเลือดส่งตรวจระดับโซเดียม 10. บันทึกปริมาณน้ำเข้า น้ำออก ลักษณะปัสสาวะทุก 1-4 ชั่วโมง จนปกติ 11. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นของการผูกยัด การใช้อุปกรณ์การรักษา สัญญาณเตือนและที่มาของเสียง การป้องกันอันตราย และผลเสียของการดึงอุปกรณ์ ท่อช่วยหายใจ 12. จัดสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดเสียงรบกวน ประเมินการนอนหลับ	ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงข้างซ้าย 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อ แสงซ้ายๆ และหลังจากให้ยา 20% Mannitol 3 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมิน GCS 10 คะแนน (E4V6M6) แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง ด้านขวามีกำลังปกติ ขนาดรูม่านตาข้างขวา 4 มิลลิเมตรไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการประเมินอาการทางระบบประสาท การรายงานแพทย์ การช่วยหายใจที่รวดเร็ว การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต และการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤต (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560) สามารถแก้ไขปัญหาการหายใจล้มเหลว และผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติได้ ผลตรวจเลือดพบ Sodium 131.3 mmol/L, Chloride 96.0 mmol/L เมื่อโซเดียมในเลือดต่ำทำให้ออสโมลาริตีของเลือดต่ำ เซลล์สมองจะบวม อาการจะรุนแรงตามระดับของโซเดียมและเป็นอันตรายต่อชีวิต (เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และคณะ, 2561) ซึ่งภาวะโซเดียมต่ำของผู้ป่วยนี้เป็นสาเหตุร่วมของการเกิดสมองบวม และเกิดภาวะหายใจล้มเหลว การให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ เป็นการให้สารน้ำชนิด Hypertonic solution ชดเชยเพื่อแก้ไขภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ จากการติดตามอาการและส่งตรวจ Electrolyte พบว่าโซเดียมอยู่ในระดับปกติ อาการทางสมองดีขึ้น



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
5.2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง	1.ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้ป่วยหลังได้รับข้อมูลจากแพทย์ 2.อธิบายแนวทางการรักษาพยาบาล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม ประสานประสาทศัลยแพทย์เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบพยาธิสภาพของโรค 3.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การฝึกการหายใจ การดูแลท่อช่วยหายใจ การดูแลสายท่อระบายต่างๆ 4.ให้ความมั่นใจและกำลังใจแก่ผู้ป่วย และญาติว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล 5.ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการทำกิจกรรมตามศาสนาและความเชื่อ 6.เตรียมพร้อมด้านร่างกาย ดูแลความสะอาดร่างกายก่อนส่งผ่าตัด 7.ติดตามผลตรวจเลือด เตรียมเลือด PRC และ FFP ตามการรักษาของแพทย์ 8.เตรียมเอกสาร ใบยินยอมผ่าตัด ประสานงานทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี	ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดเมื่อพบว่า เป็นเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ไม่มั่นใจและกลัวผลผ่าตัดสมองแล้วจะทำให้เกิดความพิการทางสมองและอวัยวะอื่นของร่างกายตามมา และอาการยังไม่รุนแรงในระยะแรก จึงเลือกรับประทานยาก่อน สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดในร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นจะส่งผล กระทบต่อชีวิตได้ ซึ่งเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองเป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นในชั้นเยื่อหุ้มสมอง การรักษา คือ การผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ (สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ , 2563) เมื่อเกิดอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น การให้ความรู้ พยาธิสภาพของโรคโดยละเอียดจากแพทย์ การให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลลงได้ (นลินี พสุคันธภัก และวันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, 2557) จากการประเมินผลการพยาบาลพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลคำแนะนำ การช่วยเหลือจากทีมแพทย์และพยาบาล มีการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัดที่ดี ช่วยลดความวิตกกังวลลดลง และยินยอมทำผ่าตัด
5.3 มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่อง ออกซิเจนจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด	1.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจและพ่นยาทางจมูก ตามการรักษาของแพทย์ 2.ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาท ทุก 1-2 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงจนอาการปกติ	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยตั้ง CMV Mode, TV 450, RR 12, FiO2 0.4, I:E 1:2, PEEP 5 และให้กลับมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 68-96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 114/80-146/87 มิลลิเมตร



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	3. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจและดูดเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง 4. จัดท่านอนหัวสูง 30 องศา 5. ประเมินภาวะ Cyanosis, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea) 6. ประเมินภาวะซีด, ส่งตรวจเลือดดูค่าของฮีมาโตคริต (Hct), ฮีโมโกลบิน (HGB) 7. ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามการรักษาของแพทย์ 8. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำตามการรักษาของแพทย์ 9. ให้ยา Dilantin, Dexamethasone, Transamine ทางหลอดเลือดดำตามการรักษาของแพทย์ 10. ประเมิน ลักษณะและจำนวนของ discharge ผลที่ศีรษะ 11. บันทึกจำนวนและลักษณะ Content จาก Radivac drain 12. ประเมินและบันทึกจำนวนปัสสาวะ (Urine output) ทุก 1-4 ชั่วโมง จนปกติ	ปรอท SpO₂ 99-100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมอง มีเนื้อสมองได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ คือ ภาวะที่ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำทำให้เนื้อเยื่อหรือเซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด(Wikipedia, 2016 อ้างใน วิจิตรา กุสุมภ์, 2560) ผู้ป่วยรายนี้จึงต้องเครื่องติดตามตรวจติดตาม สัญญาณชีพและดูค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂)ตลอด 24 ชั่วโมง การประเมินระดับของเม็ดเลือดแดง (Hct) เพื่อประเมินการไหลเวียนของออกซิเจนที่ไปกับเม็ดเลือดแดงในร่างกายให้มีปริมาณเพียงพอ การชักเกร็งและสมองบวมเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้สมองขาดออกซิเจน จึงการใช้ยา Dilantin เพื่อป้องกันอาการชักเกร็ง และ Dexamethasone เพื่อลดอาการสมองบวม ผู้ป่วยผ่าตัด Righ frontotemporal craniectomy to remove tumor Estimate Blood loss 500 มิลลิลิตร แพทย์ได้ให้ Pack Red Cell 2 ยูนิต และ Fresh Frozen Plasma 2 ยูนิตในห้องผ่าตัด การผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย ต้องเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงคือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ตัวเย็น ชีต ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหว แขนขา และปริมาณเลือดที่ออกจากแผลหรือสายท่อระบายถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้เจาะ Hematocrit และรายงานแพทย์ (สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ,



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
		2563) ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และมีการให้เลือดและสารประกอบของเลือด ชดเชยทันทีและใช้ยา Transamine เพื่อรักษา หรือป้องกันการสูญเสียเลือดมากเกินไปจากการ ผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ ช็อกจากการเสียเลือดที่เหมาะสม จึงไม่เกิด ภาวะภาวะช็อกจากการเสียเลือด จากการ ประเมินผลหลังให้การพยาบาล ไม่พบภาวะ เนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด
5.4 มีภาวะ โปตัสเซียมใน เลือดต่ำ	1.ดูแลให้ KCL 40 mEq ผสมในสาร น้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยด ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 2. ติดตามการติดตามการทำงานของ หัวใจ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความ รู้สึกตัว อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย ภาวะหายใจลำบาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 1-4 ชั่วโมงจนปกติ 3.ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำ ออกและปัสสาวะ 4.เจาะเลือดส่งตรวจ ประเมินค่าระดับ โปตัสเซียมคลอไรด์ในเลือดซ้ำหลังให้ KCL ครบ	หลังผ่าตัด 2 วันแรกตรวจ Electrolyte พบ ระดับ Potassium ในเลือดเท่ากับ 3.07 mmol/Lและ3.09 mmol/L ตามลำดับ ซึ่ง เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด เนื่องจากมีการ สูญเสียโปตัสเซียมจากการอาเจียนและได้รับ สารอาหารไม่เพียงพอก่อนทำผ่าตัด ร่วมกับการ สูญเสียเลือดและสารคัดหลั่งออกจากร่างกายด้วย ภาวะที่โปตัสเซียมในน้ำนอกเซลล์มีความเข้มข้น ต่ำกว่าค่าปกติ มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก ลำไส้บีบตัวน้อยลง ท้องอืด (เกศรินทร์ อุทธิยะ ประสิทธิ์ และคณะ, 2561) การให้โปตัสเซียม คลอไรด์ชดเชยจึงเป็นการป้องกันการหายใจ ล้มเหลวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื่องออกเยื่อหุ้มสมอง รายนี้ได้
5.5 มีโอกาสเกิด การติดเชื้อแผล ผ่าตัดที่ศีรษะ	1. วัดอุณหภูมิกาย ประเมินภาวะไข้ทุก 4 ชั่วโมง 2. เช็ดตัวลดไข้และให้ยา Paracetamol ตามการรักษาของ แพทย์ 3. ประเมิน Pain score และให้ยาแก้ ปวดตามการรักษาของแพทย์ 4. สังเกตอาการและอาการแสดงของ	แผลผ่าตัดที่ศีรษะปิด Seal ด้วย Fixomull แห้ง ดีไม่มี discharge ซึม สาย Radivac drain มี Content สีแดง หลังผ่าตัดวันแรกออก 100 มิลลิลิตร และ 90, 50, 60, 30,10 มิลลิลิตรซึ่ง ลดลงตามลำดับ ประเมิน Pain score อยู่ในช่วง 3-5 ได้ยาแก้ปวดตามเวลาตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วย ได้รับยาปฏิชีวนะครบตามแพทย์สั่ง ญาติและ



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	การติดเชื้อ สิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด เช่น หนอง อาการปวดบวม แดงร้อน 5. ใหยาปฏิชีวนะ Cloxacillin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ตามการรักษาของแพทย์และสังเกต อาการข้างเคียงของยา 6.ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ ถ้าพบแผลเปื่อยซึมต้องแจ้งแพทย์ทราบทันที 7.ดูแลและสอนญาติผู้ป่วยในการดูแลระบบการไหลของ Radivac drain ให้เป็นระบบปิด ไม่ให้มีการหัก งอ พับ ระวังการเลื่อนหลุด 8.ส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด ให้ได้รับอาหารเน้นโปรตีนสูง 9. ประเมินลักษณะและบันทึกจำนวน สิ่งคัดหลั่ง	ผู้ป่วยสามารถดูแลแผลผ่าตัดและสายระบายได้ตามคำแนะนำ การติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ศีรษะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ดังนั้น การเฝ้าระวังแผลติดเชื้อที่นำไปสู่การติดเชื้อลุกลามสู่สมองและการส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด จึงเป็นกิจกรรมพยาบาลที่สำคัญหลังผ่าตัดพ่นระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู ที่พยาบาลจะต้องมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย (นลินี พสุคันธภัก และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล , 2557) จากการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัด ถอดสาย Radivac drain ได้ตามเวลาที่กำหนด ตัดไหมแผลผ่าตัดแผลดี
5.6. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ในระยะฟื้นฟูและการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน	1.สอนและแนะนำการเฝ้าระวังและสังเกตอาการการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การเกิดอาการชักเกร็ง และการป้องกันอุบัติเหตุ 2. ให้ผู้ป่วยได้รับยา Dilantin กันชักตามการรักษาของแพทย์ต่อเนื่อง 3.ดูแลและประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินการกลืน การทำงานของลำไส้ ดูแลให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ 4.ดูแลการพักผ่อนนอนหลับ ความสะอาดร่างกาย ความสุขสบายและความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม 5. ดูแลเรื่องขับถ่ายให้รับประทานอาหารที่มีกากใย ผัก ผลไม้ จัดให้ดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร กระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อเนื่อง 6.กระตุ้นผู้ป่วยให้มีการสื่อสาร พูดคุย ชักถามข้อสงสัยได้	ผู้ป่วยมีความกลัว วิดกกังวลการผ่าตัดสมอง ทำให้รักษาล่าช้า เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ผ่านระยะวิกฤตและการฟื้นฟูจนกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ไม่มีความพิการหรืออันตรายเกิดขึ้นต่อชีวิต ประเมิน Barthel ADL Index มีคะแนน 16/20 จัดอยู่ในระดับร่างกายสูญเสียหน้าที่เล็กน้อย การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำเป็นต้องมีกระบวนการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มความมั่นใจในการรักษาและสร้างพลังให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ และเตรียมพร้อมเกี่ยวกับญาติและผู้ดูแล



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	7. ประสานผู้ป่วยและญาติ พบแพทย์ เพื่อฟังการดำเนินของโรคและแผนการรักษา 8. ให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล และปรับประคอง จิตใจ 9. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel ADL Index 10. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล 11. เตรียมผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน หลังผ่าตัดสมอง 12. ประสานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมกับ โภชนาการ เภสัช นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 13. แนะนำการปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 14. ส่งต่อข้อมูลในระบบ Thai COC และประสานงานเครือข่ายบริการ ติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 15. ออกใบนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และแจ้งเบอร์โทรศัพท์เพื่อให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้	(สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2563) จากการประเมินผลเมื่อเตรียมการวางแผนจำหน่าย เตรียมพร้อมผู้ป่วย ญาติ ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการผ่านระบบ Thai COC ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ตามเวลาที่กำหนด

สรุปและข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยตรวจพบเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้า มีความวิตกกังวลมากปฏิเสธการทำผ่าตัด ต่อมาเมื่ออาการทางระบบประสาทมีแขนและขาซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตก่อนและหลังผ่าตัด จากก้อนของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมีขนาดใหญ่ เบียดก้านสมองมากกว่า 1 เซนติเมตร มีภาวะสมองบวม ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลงและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์รักษาโดยการผ่าตัด Right frontotemporal craniectomy to remove tumor หลังผ่าตัดกลับมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเป็นผู้ป่วยประเภทวิกฤต จากการศึกษา พบมีกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่สำคัญ คือ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดพ้นระยะวิกฤต การฟื้นฟูผู้ป่วยจนปกติ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำเป็นต้องมีกระบวนการและการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ คือ การจัดระบบคัดกรองและการวินิจฉัยที่ดี ทำให้



ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วสามารถลดอาการรุนแรงของโรคได้ โรงพยาบาลศัลยกรรมต้องพัฒนาสมรรถนะมีความรู้พยาธิสภาพของโรค มีความเชี่ยวชาญในการประเมินอาการทางสมอง หน่วยงานต้องจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองในระยะวิกฤตก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระยะฟื้นวิกฤต การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการ ที่เน้นการติดตามการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความพิการรอดพ้นอันตรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และคณะ. (2561). **สาระทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์.
- จินติตา จิตติวัฒน์. (2564). **สารสื่อประสาทและการประยุกต์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นลินี พสุคันธภัก และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2557). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- พีรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์. (2565). **เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกที่พบบ่อย รักษาหายด้วยการผ่าตัด**. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: [http:// www.nakornthon.com](http://www.nakornthon.com). [1 ก.พ. 2565].
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลตราด. (2565). **สถิติผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม**. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <http://www.trathospital.go.th>. [1 ก.ค. 2565].
- สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ. (2563). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Clinical Nursing Practice Guideline of Brain Tumor)**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.



108 ถ.สุขุมวิท ต.วังกระแจะ อ.เมือง จ.ตราด 23000

โทร : 039-513555 ต่อ 772

เอกสารเลขที่ THP 02/2566

เรื่อง ตอบรับการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการผ่านเว็บไซต์

เรียน นางสาวณัฐกุล หนูจักร

ตามที่ท่านเสนอผลงานรายงานกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เพื่อลงเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลตราด www.trathospital.go.th ใน Trathospital Publication

ในการนี้กองบรรณาธิการจัดทำเอกสารสิ่งพิมพ์ทางวิชาการโรงพยาบาลตราด ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิจารณาคุณภาพของผลงานที่จะลงเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์เสร็จสิ้นแล้ว และเห็นสมควรให้ลงเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ โดยใช้รหัสการเผยแพร่ที่ THP 02/2566 เผยแพร่ : 30 มกราคม 2566

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางอัมมิกา คระวานิช)

ประธานกองบรรณาธิการ

จัดทำเอกสารสิ่งพิมพ์ทางวิชาการโรงพยาบาลตราด