

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง: กรณีศึกษา

Nursing care for a stroke patient with subdural hemorrhage complicated by coagulopathy and recurrent cerebral hemorrhage: Case study.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นิชาภา แสงวิภาค¹

Nichapha Sangvipark¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี มีประวัติไขมันในเลือดสูงและเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว ซึ่งได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อ 5 ปีก่อน พร้อมทั้งได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นประจำ มาด้วยอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงร่วมกับขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล จากผลการตรวจร่างกายและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะสมองบวม ให้การรักษาทางยาและทำผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก แต่หลังจากผ่าตัดครั้งแรกพบว่า มีเลือดออกซ้ำในสมอง ต้องทำการผ่าตัดอีก 2 ครั้ง ควบคู่กับการให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ การรักษาภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ ความผิดปกติของระดับเกลือแร่ในร่างกายและภาวะโลหิตจาง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมองและมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง การแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระดับเกลือแร่ในเลือดต่ำหลายชนิด ได้แก่ แมกนีเซียม โพแทสเซียม ฟอสเฟต และแคลเซียม ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะโลหิตจาง และต้องใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะวิกฤตหลังการผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาท จัดท่านอนให้ศีรษะสูง การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด การเฝ้าระวังอาการแสดงของเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงดูแลให้เลือด ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ติดตามค่าออกซิเจนในเลือด และเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ปฏิบัติตามหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด เฝ้าระวังและแก้ไขความผิดปกติของเกลือแร่ในเลือด ดูแลบรรเทาความปวด ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา, การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ, ภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง

Abstract

This study is a case study aimed to study the nursing care of a stroke patient with subdural hemorrhage complicated by coagulopathy and recurrent cerebral hemorrhage. It was conducted on a 55-year-old Thai female with a history of dyslipidemia and prosthetic heart valve replacement taking regular anticoagulants, who presented with a severe headache and lower limb weakness. Based on physical examination and a brain computed tomography scan, she was diagnosed with subdural hemorrhage and brain edema. Following initial surgical hematoma removal, she experienced recurrent cerebral hemorrhage requiring two repeat surgeries, alongside management for increased intracranial pressure, respiratory infection, electrolyte imbalances, and anemia.

The study revealed that major nursing problems included recurrent cerebral hemorrhage, increased intracranial pressure, anticoagulant-induced coagulopathy, respiratory tract infection, electrolyte imbalances, cardiac arrhythmias, anemia, hypoalbuminemia, and mechanical ventilation needs. Essential nursing care comprised neurological and bleeding monitoring, head-of-bed elevation, blood pressure regulation, administration of pack red cell, antibiotic administration, airway maintenance with aseptic

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

suctioning, oxygen monitoring, and ventilator weaning preparation. Additional care involved aseptic adherence, electrolyte correction, pain management, and cardiac monitoring for arrhythmias.

Keywords: Stroke, Subdural hemorrhage, Coagulopathy, Recurrent cerebral hemorrhage

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญระดับวิกฤตทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการ โดยเฉพาะกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ (Hemorrhagic stroke) ซึ่งรวมถึงภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hemorrhage: SDH) จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเป็นหนึ่งในโรคทางศัลยกรรมระบบประสาทที่พบได้บ่อย มีอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 1.7–20.6 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society)^{1,2} โดยอุบัติการณ์จะสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และอาจสูงถึงกว่า 127 ต่อประชากร 100,000 คนในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป³ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสถิติสุขภาพและรายงานของศูนย์อุบัติเหตุโรงพยาบาลทั่วประเทศ สะท้อนให้เห็นสอดคล้องกันว่า อุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ตามการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น และจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นประจำ ส่งผลให้สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยภาวะดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^{4,5} สาเหตุหลักของโรคเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดดำที่เชื่อมระหว่างเยื่อหุ้มสมอง (Bridging veins) ซึ่งมักถูกกระตุ้นจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะแม้เพียงเล็กน้อย ภาวะสมองฟ่อตามวัยในผู้สูงอายุ การดื่มสุราเรื้อรัง และที่สำคัญคือ การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด เมื่อหลอดเลือดดังกล่าวฉีกขาด จะทำให้มีเลือดออก

สะสมและกดเบียดเนื้อเยื่อสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน และหากไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะสมองเคลื่อน (Brain herniation) และเสียชีวิตในที่สุด⁶ ซึ่งความท้าทายและความซับซ้อนในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคลิ้นหัวใจรั่ว (Valvular heart disease) หรือภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ แม้การใช้ยาเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการควบคุมโรคหัวใจ แต่นำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) สูงขึ้น ส่งผลให้เลือดหยุดยาก จึงมีความเสี่ยงสูงต่อกระบวนการผ่าตัดฉุกเฉิน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการให้ส่วนประกอบของเลือด เพื่อแก้ไขระดับการแข็งตัวของเลือด เช่น ภาวะแพ้อย่างรุนแรง (Anaphylaxis)⁷ นอกจากนี้ ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองร่วมกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ต้องอาศัยการตัดสินใจ อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ทั้งการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท การบริหารจัดการเพื่อปรับลดฤทธิ์ยาละลายลิ่มเลือด การเตรียมความพร้อมสำหรับการทำผ่าตัดฉุกเฉิน ตลอดจนการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวม และการติดเชื้อในโรงพยาบาล^{8,9} จากความสำคัญและอันตรายของโรคดังกล่าว บทบาทของพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญ ใน

ฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การประเมินสัญญาณเตือนทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว การสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การประสานงานสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิติ เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันความพิการ และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด มีศักยภาพการให้บริการในระดับตติยภูมิ โดยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่ซับซ้อนในเขตพื้นที่และจังหวัดใกล้เคียง จากสถิติการให้บริการของโรงพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2566-พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเลือดออกในสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 699, 705 และ 663 ราย ตามลำดับ และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกจำนวน 99, 159 และ 85 ราย ตามลำดับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานรองรับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทและอุบัติเหตุ พบสถิติการรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไว้ดูแลจำนวน 87, 132 และ 95 ราย ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกจำนวน 30, 63 และ 58 ราย ตามลำดับ¹⁰ ถึงแม้สถิติในบางปีจำนวนผู้ป่วยอาจลดลงตามบริบทของในพื้นที่ แต่สถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมยังคงต้องรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปริมาณมากกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะเลือดออกในสมองทั้งหมดของโรงพยาบาลและต่อเนื่องในทุก ๆ ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งมักพบปัญหาและความยุ่งยากในการบริหารจัดการค่าการแข็งตัวของเลือด ที่สูงผิดปกติ ต้องเลื่อนการผ่าตัด ตลอดจนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกทั้งในระยะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นความท้าทายบทบาทของ

พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากต้องอาศัยทักษะการประเมินสัญญาณเตือนทางระบบประสาทที่รวดเร็วและถูกต้อง การเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างใกล้ชิด และการประสานงานสหวิชาชีพในภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงคลินิก และยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทให้มีความปลอดภัย สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราพร้อมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราพร้อมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแลช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพ

ร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมของ Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยสามารถเข้าร่วมหรือสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

11

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 55 ปี นักร้องศาสนา พุทธ อาชีพรับจ้าง รับเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 การวินิจฉัยโรค Right subacute subdural hemorrhage จำหน่ายวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 33 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดศีรษะอย่างรุนแรงร่วมกับขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดศีรษะด้านขวา ขา 2 ข้างไม่ค่อยมีแรงและเดินทรงตัว

ลำบาก เป็น ๆ หาย ๆ ไปรักษาที่คลินิกและได้รับยา มารับประทาน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการไม่ดีขึ้น จึงกลับไปพบแพทย์ที่คลินิกอีกครั้งและได้รับยามา รับประทานเพิ่มเติม

8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันร่วมกับขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีภาวะไขมันในเลือดสูงมาประมาณ 10 ปี และเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว (Valvular heart disease: VHD) ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อ 5 ปีก่อน ที่โรงพยาบาลศิริราช ยาที่รับประทานปัจจุบัน ได้แก่ Warfarin, Prenolol, Atorvastatin

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ปฏิเสธการแพ้ยา/ใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ลักษณะทั่วไป: รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้

ปวดศีรษะ สัญญาณชีพปกติ BP 120/72 mmHg, PR 70 beats/min (Irregular) ความแรงไม่เท่ากัน, RR 20 breaths/min, BT 36.3°C, SpO₂ 98%

ศีรษะ: รูปทรงปกติ ไม่มีบาดแผลภายนอก

ตา หู คอ จมูก ปาก : รูม่านตามีปฏิกิริยา

ต่อแสงปกติ pupils 2 mm RTL BE เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่เหลือง หูและจมูกไม่มีสิ่งคัดหลั่ง หลอดลมตั้งตรงตามแนวกลาง ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง เยื่อช่องปากไม่ซีด ไม่พบจุดเลือดออกหรือเลือดออกตามไรฟัน

ระบบทางเดินหายใจ: ทรวงอกทั้งสองข้าง

ขยายตัวเท่ากัน จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงหายใจผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจ

จังหวะไม่สม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur และ S₃ Gallop ซึ่พบส่วนปลายแรงเท่ากันทั้งสองข้าง การไหลเวียนส่วนปลายปกติ capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: คลำไม่

พบก้อน ไม่มีอาการกดเจ็บ bowel sounds 8-10 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) แขน 2 ข้างกำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 ขา 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 4

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: รูปร่างกระดูก และข้อต่อปกติ ไม่มีข้อติดแข็ง ความตึงตัวของ กล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างลดลง

ผิวหนังและเล็บ: ผิวหนังอุ่น แห้ง ตึงตัว ปกติ ไม่พบจุดเลือดออก จ้ำเลือด หรือรอยเขียวช้ำ ตามแขนขาและลำตัว เล็บมือเล็บเท้าไม่ซีดเขียว

ระบบขับถ่าย: ปัสสาวะสีเหลืองใส ขับถ่าย อุจจาระปกติ ไม่มีเลือดปน

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองเคลื่อน เนื่องจากมีเลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมองและเนื้อเยื่อสมองบวม มีไข้ และความปวดเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน - ผล CT Brain: Subacute subdural hemorrhage along right cerebral convexity thicknesses up to 1.7 cm, Diffuse swelling of brain parenchyma, midline shifted to the left about 1.7 cm. - ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงเป็นพัก ๆ (Pain scale = 5-8/10 คะแนน) - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ INR สูง 3.81 - ปวดศีรษะ pain scale = 5-8/10 คะแนน - มีไข้ BT= 38.7°C วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	- ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (GCS) อาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง ควบคุม SBP $\leq$ 140 mmHg - จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา จัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวตรง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดดำกลับเข้าสู่หัวใจและลดความดันในกะโหลกศีรษะ - สังเกตและประเมินอาการเตือนของความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะรุนแรงมาก อาเจียนพุ่ง ซึมลง หรือรุ่มานตาขยายผิดปกติ และรายงานแพทย์ทันที - สังเกตอาการแสดงของ Cushing's triad ได้แก่ SBP สูง PR ช้า ลักษณะการหายใจผิดปกติ เช่น Cheyne-Stokes respiration หรือ Biots/Ataxic breathing เพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองเคลื่อน - ดูแลให้ยา MO 1 mg IV prn q 2 hr ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการปวดศีรษะ ทำให้อัตราการเผาผลาญในสมอง ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง และผู้ป่วยสุขสบายขึ้น เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ หัวใจเต้นช้า หายใจช้า หรือหยุดหายใจ ความดันโลหิตต่ำ หากพบ PR < 60 beats/min, RR < 10 breaths/min รายงานแพทย์ทันที - แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น เช่น การออกแรงยกของ การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอ หรือการจามแรงๆ เป็นต้น - ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยา Paracetamol (500 mg) 2 tab PO q 6 hr เพื่อควบคุม BT อยู่ในช่วง 36-37°C และป้องกันเมตาบอลิซึมในสมองเพิ่มขึ้น - ดูแลให้ Vitamin K 10 mg IV ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยกระตุ้นให้ตับเร่งสร้างปัจจัยที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด - ดูแลให้ Glyceol 500 mL IV rate 40 mL/hr ตามแผนการรักษา เพื่อลดภาวะสมองบวมและลดความดันในกะโหลกศีรษะ - จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ รวบรวมกิจกรรมพยาบาลทำในคราวเดียว เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย - ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายและสมอง - ติดตามผลการตรวจ coagulogram เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดแข็งตัวช้า ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15 คะแนน (E4V5M6), pupil 2 mm RTL BE แขนและขาทั้งสองข้างยกต้านแรงได้ปกติ motor power grade V, BT 38.1-38.2°C, BP 98/53 - 116/72 mmHg, PR 66 -76 beats/min, RR 14-16 breaths/min ปวดศีรษะเป็นพัก ๆ pain scale 5-7/10 คะแนน ค่า INR 3.01

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ	1. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) อย่างต่อเนื่อง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงจาก Controlled AF ไปเป็น AF with rapid ventricular response (RVR) HR > 100 beats/min 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผลการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor และการตรวจ EKG 12lead EKG พบความผิดปกติเป็น Atrial Fibrillation (AF) 2. อัตราการเต้นของชีพจรในระยะแรกได้รับอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Controlled AF) PR 70 beats/min แต่จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ (Irregular) 3. ผู้ป่วยมีประวัติโรคลิ้นหัวใจรั่ว (Valvular heart disease) และเคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งทำให้โครงสร้างและการทำงานของหัวใจห้องบนเปลี่ยนแปลงไป 4. ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อรับการผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อคงประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจ ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและสังเกตลักษณะความแรงของชีพจรและความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ รวมทั้งภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว 4. สังเกตลักษณะผิวหนัง ความเย็น ปลายมือปลายเท้า และประเมินการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (Capillary refill time) เพื่อประเมินความเพียงพอของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลาย 5. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism) ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยประเมินอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกอย่างใกล้ชิด 6. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกายและป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวจากสารน้ำเกิน 7. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเท่าเดิม GCS = 15 คะแนน (E4V5M6) ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ผิวน้ำอุ่น ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ EKG monitor แสดงผลเป็น AF สม่ำเสมอ ไม่มีจังหวะเต้นเร็ว (Controlled AF) PR 66-76 beats/min จังหวะไม่สม่ำเสมอ ไม่มีภาวะ Pulse deficit ที่กว้างขึ้น สัญญาณชีพคงที่ BP 98/53 - 116/72 mmHg, RR 14-16 breaths/min SpO ₂ 98%, CRT < 2 วินาที ปัสสาวะออก > 30 ml/hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของต่อมใต้สมองจากพยาธิสภาพของสมอง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผล CT Brain: Subacute subdural hemorrhage along right cerebral convexity thicknesses up to 1.7 cm, Diffuse swelling of brain parenchyma, midline shifted to the left about 1.7 cm. 2. ผล Urine exam พบ Urine specific gravity ต่ำ 1.006 3. ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ Intake 2,050 ml/24 hr, output (Urine) 2,250 ml/24 hr วัตถุประสงค์การพยาบาล	1. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะปัสสาวะมากผิดปกติ (Polyuria) จากภาวะเบาจืด (DI) 2. ตรวจวัดและติดตามค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (Urine specific gravity) ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไตในดูน้ำกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น electrolytes (Na, K, Cl, HCO ₃), BUN, creatinine เพื่อเฝ้าระวังการทำงานของไตผิดปกติและการขาดความสมดุลของเกลือแร่ 4. สังเกตอาการเตือนของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึม ชัก สับสน รวมถึงอาการเตือนของภาวะปัสสาวะมากผิดปกติจากภาวะเบาจืด (Diabetes Insipidus) เช่น ปัสสาวะออกมาก > 200-300 ml/hr ติดต่อกันหลายชั่วโมง กระหายน้ำมาก 5. สังเกตอาการของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ปากแห้ง ผิวน้ำขึ้นตัวช้า ความดันโลหิตต่ำ ซึมหรือกระสับกระส่าย 6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml IV drip 80 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยทดแทนน้ำที่สูญเสียไปทางปัสสาวะ และคงปริมาตรเลือดในหลอดเลือดให้เพียงพอ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและรักษาสมดุลของ สารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เยื่อช่องปากชุ่มชื้น ผิวหนังมีความตึงตัวดี สัญญาณชีพคงที่ BP 98/53-116/72 mmHg, PR 66-76 beats/min, RR 14-16 breaths/min ปริมาณปัสสาวะออกมากกว่าสารน้ำที่ได้รับ อยู่ระหว่าง 45-50 ml/hr ผลตรวจ electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติ วิตกกังวลเนื่องจากเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย เฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต และการเข้ารับการ ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ pain score 7/10 คะแนน หลังได้รับยาแก้ปวดอาการ ทุเลาลงเล็กน้อย แพทย์จึงพิจารณา set OR for right minicraniotomy with clot removal (Elective case) 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลแสดงสีหน้าเครียด และสอบถามอาการรวมถึงความปลอดภัยใน การผ่าตัดเป็นระยะ ๆ วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับเจ็บป่วยเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต และต้องเข้ารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ 2. เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและ จิตใจของผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด	1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย เพื่อสร้าง สัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจต่อทีมดูแลรักษา 2. อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดพร้อมเหตุผล เช่น งดน้ำและ อาหาร การโกนผม สิ่งที่จะเผชิญในห้องผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พอสังเขป ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้ ผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น 3. ประสานงานให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดอธิบายถึงเหตุผล ความจำเป็น และ ความปลอดภัยในการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อช่วยสร้างความมั่นใจ และลดความวิตกกังวล 4. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจลึก ๆ สวดมนต์ หรือทำสมาธิ 5. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในความพร้อม ของร่างกายที่จะเข้ารับการผ่าตัดและความปลอดภัย 5.1 งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะสับสนและอาหารเข้าสู่ปอดระหว่างดมยาสลบ 5.2 โกนผมทั้งศีรษะ เพื่อให้แพทย์ทำผ่าตัดได้สะดวก และลดการสะสมของ เชื้อโรค 5.3 ทำความสะอาดร่างกาย เพื่อลดจำนวนเชื้อบนผิวหนัง และป้องกันการ นำเชื้อโรคเข้าสู่แผลผ่าตัด 5.4 ตรวจสอบสัญญาณชีพ และประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบ ประสาท เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบหลังผ่าตัด และรายงานแพทย์ทันทีที่ หากพบสัญญาณชีพหรืออาการทางสมองเปลี่ยนแปลง 5.5 ตรวจสอบความถูกต้องการระบุตัวผู้ป่วย และระบุตำแหน่งการผ่าตัด เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือผิดตำแหน่ง 6. เตรียมความพร้อมด้านเอกสารและยา 6.1 ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสารในเวชระเบียน เช่น ผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การลงนามในใบยินยอมรับการผ่าตัด (Informed consent) 6.2 จัดเตรียมยาที่ต้องนำไปห้องผ่าตัด เช่น cefazolin, gentamycin, vancomycin, Dilantin®, Keppra®, 20% mannitol, dexamethasone ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย และให้ความ ร่วมมือในการเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดเป็นอย่างดี นอนหลับพักผ่อนได้
ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะ แมกนีเซียมในเลือดต่ำ (Hypomagnesemia) เนื่องจากความเครียดทางสรีรวิทยาและการ เปลี่ยนแปลงฮอร์โมนจากภาวะวิกฤต	1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมต่ำ เช่น กล้ามเนื้อ อ่อนแรง กระตุก สั่น หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะผ่าน EKG monitor 2. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผ่าน EKG monitor อย่างต่อเนื่อง เพื่อ เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ โดยเฉพาะการเกิด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผล CT Brain พบ Subacute subdural hemorrhage along right cerebral convexity thicknesses up to 1.7 cm, Diffuse swelling of brain parenchyma, midline shifted to the left about 1.7 cm และได้รับการผ่าตัด right minicraniotomy with clot removal 2. ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและได้รับการผ่าตัดสมอง ทำให้ร่างกายเกิดความเครียด ซึ่งจะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนความเครียด ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแมกนีเซียมเข้าสู่เซลล์ หรือมีการขับออกทางไตเพิ่มขึ้น 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า magnesium 1.6 mg/dL วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเพิ่มระดับแมกนีเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อเฝ้าระวังภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำที่รุนแรงขึ้น	Torsades de Pointes หรือลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เปลี่ยนไป เช่น QT interval ยาวขึ้น T-wave แบนลงหรือกลับหัว 3. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการสูญเสียแมกนีเซียมออกทางไต เนื่องจากหากปัสสาวะออกมาก จะขับแมกนีเซียมออกทางปัสสาวะ ซึ่งส่งผลให้ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำรุนแรงขึ้น 4. ดูแลให้ 50% MgSO ₄ 4 ml + 5% D/W 100 ml IV drip in 4 hr สังเกตอาการข้างเคียง เช่น รู้สึกร้อนวูบวาบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ง่วงซึม และ DTR ลดลงหรือหายไป 5. ประเมิน deep tendon reflex (DTR) เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงเริ่มแรกของภาวะพิษจากการได้รับแมกนีเซียม (Magnesium toxicity) 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำ และกุดการหายใจ จากภาวะแมกนีเซียมสูง 7. จัดเตรียมยา 10% calcium gluconate ไว้ให้พร้อมใช้ที่ หากประเมินพบสัญญาณของ เช่น DTR หายไป RR < 12 breaths/min 8. ติดตามผลตรวจ serum magnesium ตามรอบที่แพทย์สั่ง ร่วมกับการติดตามระดับเกลือแร่อื่น ๆ ที่มักต่ำร่วมกัน เช่น potassium และ calcium ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่เป็นตะคริว ไม่มีอาการกระตุก ชัก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รุนแรงขึ้น จากติดตามผลตรวจ serum magnesium ในเลือดซ้ำพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.2 mg/dL
ระยะดูแลต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะสมองเคลื่อน เนื่องจากมีเลือดออกข้างในสมองและเนื้อสมองบวมเพิ่มขึ้น ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมาก pain scale = 10/10 ค่ะแน่น อาเจียน BP สูงขึ้น 187/67 เป็น 160/111 mmHg หายใจลักษณะ cheyne-stokes 2. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว GCS 3 ค่ะแน่น pupil RE 4 mm, LE 2 mm fixed BE 3. ผล CT brain พบ increased SDH, midline shift to the left 1.5 cm with impending right transtentorial herniation 5. แพทย์ทำผ่าตัด Right craniotomy with clot removal under GA ซ้ำครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะสมองเคลื่อน	1. ช่วยแพทย์ใส่ ET tube และดูแลให้ on ventilator P-CMV mode, FiO ₂ = 0.4, I: E = 1:28, RR= 16 beats/min, PEEP= 5 cmH ₂ O, IP= 15 cmH ₂ O เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนแก๊ส เพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง และป้องกันภาวะสมองขาดออกซิเจน 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และตรวจสอบท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด 3. จัดนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ศีรษะและคออยู่ในแนวตรง เพื่อช่วยให้เลือดดำจากสมองไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก และลดปริมาณเลือดคั่งในสมอง 4. ดูแลให้ 20% Mannitol 200 ml IV bolus เพื่อช่วยลดปริมาณเนื้อสมองและลดความดันในกะโหลกศีรษะ 5. ดูแลให้ Transamin 1 gm IV stat เพื่อช่วยห้ามเลือดและ ควบคุมไม่ให้ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้นไปกดเบียดเนื้อสมองเพิ่มเติม 6. ดูแลให้ Vitamin K 10 mg IV stat เพื่อกระตุ้นให้ตับสร้างปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด 7. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท ทุก 15 -30 นาที เพื่อช่วยดักจับอาการแสดงของ Cushing's triad และการสูญเสียการทำงานของแกนสมอง (Brainstem) 8. เตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดซ้ำฉุกเฉิน (Right craniotomy with clot removal under GA) ได้แก่ เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN,

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	Creatinine, electrolyte, coagulogram จดน้ำและอาหาร ประสานคลังเลือดเพื่อตรวจ G/M และเตรียม FFP 4 unit, PRC 4 unit ตามแผนการรักษา ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ในการเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดและเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด และเตรียมการดมยาสลบเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เตรียมยา routine ไปห้องผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ก่อนส่งห้องผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกคงที่ สัญญาณชีพ BP 134/97mmHg, PR 110 beats/min (Controlled), RR 16 breaths/min, BT 37.0 °C, SpO₂ 97% ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 2T คะแนน (E1VTM1), pupil RE 4 mm, LE 2 mm fixed BE
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเคลื่อนและอันตรายต่อเนื้อเยื่อสมอง เนื่องจากมีแรงกดเบียดโครงสร้างสมองจากก้อนเลือดคั่งหลังเหลืออยู่ใต้เยื่อหุ้มสมอง ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังจากผ่าตัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยยังมีการปวดศีรษะอยู่ pain scale =7-8/10 คะแนน 2. ผล CT Brain ซ้ำ พบ unchanged thin SDH along falx cerebri with midline shift to the left about 1.4 cm 3. แพทย์ทำผ่าตัด Right craniotomy with clot removal ซ้ำ ครั้งที่ 3 วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเคลื่อนและลดการกดเบียดเนื้อเยื่อสมอง	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท ทุก 15-30 นาที เพื่อช่วยตรวจจับสัญญาณเตือนล่วงหน้าของการเกิดภาวะสมองเคลื่อน 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง 3. จัดนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ศีรษะและคออยู่ในแนวตรง เพื่อช่วยให้เลือดดำจากสมองไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก และลดปริมาณเลือดคั่งในสมอง 4. ดูแลให้ Fentanyl 50 mcg IV prn q 4 hr และ Paracetamol (500 mg) 2 tab PO q 6 hr เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการปวดศีรษะ 5. ดูแลให้ Glyceol 500 ml IV rate 40 ml/hr เพื่อลดภาวะสมองบวมและลดความดันในกะโหลกศีรษะ 6. เตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ได้แก่ จดน้ำและอาหาร ประสานคลังเลือดเพื่อตรวจ G/M และเตรียม FFP 4 unit, PRC 4 unit ตามแผนการรักษา ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ในการเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดและเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด และเตรียมการดมยาสลบเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เตรียมยา routine ไปห้องผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น GCS เพิ่มขึ้น 2T เป็น 9T, 10T และภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ GCS อยู่ที่ 15 คะแนน (E4V5M6), pupil 2-3 mm RTLB, แขนขาทั้ง 2 ข้าง motor power grade V สัญญาณชีพส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำ เนื่องจากสูญเสียกลไกการไอและกลืนตามธรรมชาติจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	1. ก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ล้างมือ 6 ขั้นตอนตามมาตรฐานการล้างมือ กรณีเร่งด่วนให้ใช้ alcohol hand wash 2. ดูแลเสมหะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ เปิดความดันจากเครื่องดูดเสมหะ 100-120 mmHg โดยใส่สายดูดเสมหะไม่ลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10- 15 วินาที และไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และการบาดเจ็บของเยื่อทางเดินหายใจ
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วย on ET tube with ventilator	3. ดูดเสมหะในปากก่อนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการสำลักเสมหะหรือน้ำลายเข้าสู่หลอดลม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. มีไข้สูง BT= 39.9 – 40.3°C 3. มีเสมหะจำนวนมากขึ้น สีขาวขุ่น 4. ผลตรวจ CBC พบ WBC $11.62 \times 10^9/L$, neutrophil 92.9% 5. ผล sputum gram พบ gram positive cocci in pair cluster few, gram negative bacilli moderate 6. ผล sputum culture พบ many pseudomonas aeruginosa วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อกำจัดเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อ 2. เพื่อป้องกันการติดเชื้อติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นหรือติดเชื้อซ้ำ 3. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4. ดูแลหน้าที่ค้างอยู่ในสายต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ระวังไม่ให้น้ำไหลย้อนกลับเข้าไปในท่อทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการสำลัก 5. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2 -4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในร่างกาย 6. ประเมินความเสี่ยงการหายใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง รายงานแพทย์ เมื่อพบเสียงหายใจผิดปกติ เช่น crepitation, wheezing หรือ bronchial breath sound เป็นต้น 7. สังเกตสี กลิ่น ลักษณะของเสมหะ ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงผิดปกติ บันทึกและรายงานแพทย์ทราบ 8. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการสำลัก 9. ดูแลให้ยา antibiotic ตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 g IV q 6 hr และ Meropenem 1 gm IV q 8 hr ฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ แพ้ยาอย่างรุนแรง กล้ามเนื้อกระตุก ชัก ท้องเสีย ภาวะเม็ดเลือดขาวหรือเกล็ดเลือดต่ำ ค่าเอนไซม์ตับสูง อัตราการกรองของไตลดลง 10. ติดตามผลการตรวจ CBC, sputum culture ซ้ำ รายงานแพทย์ทราบเมื่อผลผิดปกติ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย เสียงหายใจของปอด 2 ข้างชัดเจน ไม่มีเสียงผิดปกติ เช่น crepitation หรือ rhonchi, wheezing เสมหะลักษณะใสปริมาณลดลง ไม่มีไข้ BT 36-37°C ผล CBC พบ WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ $9.54 \times 10^9/L$
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียม ฟอสเฟต และแคลเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากการสูญเสียเกลือแร่ทางปัสสาวะจากผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะและประสิทธิภาพการดูดกลับเกลือแร่ที่ไตลดลงจากแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับ Glyceol 500 ml IV x 3 วัน และ Lasix 10 mg IV 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ เกลือแร่ในเลือดต่ำ ได้แก่ magnesium 1.6 mg/dL potassium 3.0 mmol/L, phosphate 2.0 mg/dL, calcium 7.5 mg/dL วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มระดับเกลือแร่ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ magnesium, potassium, phosphate, calcium	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ จังหวะการเต้นของชีพจร และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง และสังเกตลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor เพื่อฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำ 2. สังเกตและอาการแสดงของภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำรุนแรงขึ้น ดังนี้ 2.1 Hypokalemia ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ท้องอืดและท้องผูก ปัสสาวะออกมาก (Polyuria) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง เช่น ST depression, T wave ลักษณะแบนราบ และ PR interval ยาวขึ้น 2.2 Hypocalcemia ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชามือ เท้า ริมฝีปาก มีจุดเลือดออกกระจายตามผิวหนังทั่วตัว จอประสาทตาบวม หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ prolong QT interval กล้ามเนื้อกล่องเสียงหดเกร็งหายใจลำบาก กล้ามเนื้อกระตุก ชัก 2.3 Hypophosphatemia ได้แก่ อาการซีด เลือดหยุดช้า เม็ดเลือดขาวลดลง ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การหายใจและหัวใจล้มเหลว ชักและหมดสติ 2.4 Hypomagnesemia ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว มือเท้าจีบ ขารอบปาก รีเฟล็กซ์ไว ชัก คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ non-specific T-wave change หรือพบ U wave, prolong QT interval, Ventricular tachycardia, Torsade de pointes, Ventricular fibrillation 3. ดูแลให้ 0.9% NaCl 1,000 ml + K_2PO_4 50 ml IV drip 40 ml/hr ฝ้าระวังภาวะ Hyperkalemia, Hyperphosphatemia, Phlebitis

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ดูแลให้ Calcium gluconate 10 ml IV slow push เฝ้าระวังภาวะ bradycardia. BP ต่ำ หรือหัวใจหยุดเต้น 5. ดูแลให้ KCl elixir 30 ml feed q 4 hr x 2 dose เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือปวดท้อง 6. ดูแลให้ 50% MgSO₄ 4 ml + NSS 100 ml IV drip in 4 hr เฝ้าระวัง DTR ลดลงหรือหายไป RR < 12 breaths/min และ BP ต่ำ 7. ติดตามผลการตรวจเกลือแร่ในเลือด ได้แก่ magnesium, potassium, phosphate, calcium ประเมินผลการพยาบาล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับเกลือแร่ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ potassium 4.2 mmol/L, magnesium 2.2 mg/dL, phosphate 3.9 mg/dL, calcium 9.2 mg/dL
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดและเนื้อเยื่อสมองใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัดสมองและมีสายระบายสิ่งคัดหลั่งออกสู่ภายนอก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะด้านขวา (Right craniotomy with clot removal) on gavity drain และ Jackson drain วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและเนื้อเยื่อสมองใต้เยื่อหุ้มสมอง	1. ก่อนและหลังสัมผัสแผลผ่าตัด สายระบายสิ่งคัดหลั่ง ล้างมือ 6 ขั้นตอนตามมาตรฐานการล้างมือ กรณีเร่งด่วนให้ใช้ alcohol hand wash 2. ดูแลให้แผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลแห้งสะอาดอยู่เสมอ กรณีที่แผลมีสารคัดหลั่งซึมมาก ทำแผลให้ใหม่โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ 3. ดูแลให้ระบบสายระบายเป็นระบบปิด เฝ้าระวังสายหัก พับ งอ หรือหลุดตรึงสายระบายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ดึงรั้ง และดูแลการ ته สิ่งคัดหลั่งด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ 4. จัดวางตำแหน่งของ gravity drain อยู่กับพื้น และ Jackson drain ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าศีรษะผู้ป่วยเล็กน้อย เพื่อให้สิ่งคัดหลั่งและเลือดไหลระบายออกได้ดี ตามแรงโน้มถ่วง 5. บันทึกและประเมินลักษณะของสิ่งคัดหลั่ง เพื่ออาการแสดงเริ่มแรกของการติดเชื้อใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง 6. สังเกตลักษณะแผลผิดปกติ เช่น อักเสบ บวม แดง ร้อน แผลมีกลิ่นเหม็นหรือแผลมีสิ่งคัดหลั่งเป็นหนอง 7. สังเกตอาการทางระบบประสาทที่บ่งชี้ถึงภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เช่น คอแข็ง (Stiff neck) ปวดศีรษะ ซึมลง กระสับกระส่าย ชัก หรืออาเจียนพุ่ง 8. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะไข้ 9. ดูแลให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 g IV q 6 hr และ Meropenem 1 gm IV q 8 hr ประเมินผลการพยาบาล รุ้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่พบอาการคอแข็ง ไม่มีไข้ BT 36-37°C ผล CBC พบ WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ $9.54 \times 10^9/L$ ภายหลังถอดลวดเย็บแผล แผลแห้งและดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด และได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ 3 ครั้งและการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เยื่อปูดชืด ริมฝีปากซีด	1. ดูแลให้ PRC 1 unit IV drip in 4 hr ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังการเกิดปฏิกิริยาการแพ้เลือดอย่างใกล้ชิด 2. ดูแลให้ Vit B₁₂ 1x3 via NG tube pc ตามแผนการรักษา 2. สังเกตและบันทึกอาการอ่อนเพลีย ซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น ความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เพื่อเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางที่รุนแรงขึ้น 3. รวบรวมกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำในเวลาใกล้เคียงกัน เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผล CBC พบ Hb 10 g/dL, Hct 29.8% ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 4. ได้รับการงดอาหารและน้ำทางปากอย่างต่อเนื่องมา 5 วัน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	4. ดูแลให้ BD (1:1) 200 - 300 ml x 4 Feed + น้ำตาม 400 ml/day ตามแผนการรักษา 5. ติดตามผลตรวจ CBC โดยเฉพาะค่า Hb และ Hct ตามรอบที่แพทย์สั่ง เพื่อการเปลี่ยนแปลงหลังจากการได้รับเลือดหรือสารอาหาร ประเมินผลการพยาบาล ผลตรวจ CBC พบค่า Hb อยู่ในเกณฑ์ปกติ 12.7 g/dL และ Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ 37%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ เนื่องจากกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานร่วมกับเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วย on ET tube with ventilator ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน 5 วัน 2. ระหว่างหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็น CPAP mode ในวันแรก พบ PR เร็ว EKG show AF with rapid ventricular response (RVR) ต้องยุติการทดลองหย่าเครื่องช่วยหายใจ	1. ปรับเปลี่ยนโหมดเครื่องช่วยหายใจกลับเข้าสู่โหมดควบคุมการหายใจ คือ P-CMV mode, FiO₂ 0.4, RR 16 beats/min, IP15 cmH₂O, PEEP 5 cmH₂O เพื่อช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ 2. ดูแลให้ยาควบคุมจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ ได้แก่ Carvedilol (6.25 mg) 1/2 x 2 via NG tube pc เพื่อช่วยชะลอการส่งสัญญาณไฟฟ้าจากหัวใจห้องบนลงสู่ห้องล่าง ทำให้หัวใจห้องล่างเต้นช้าลง 3. ติดตามและบันทึกลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง พร้อมเตรียมเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) ให้พร้อมใช้งาน 4. เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยคงที่ และจังหวะหัวใจกลับสู่ภาวะปกติ (AF controlled rate) โดยปรับเป็น CPAP mode, FiO₂ 0.4, PS 14 cmH₂O, PEEP 5 cmH₂O ช่วงกลางวันและกลับเข้าสู่โหมดควบคุมการหายใจ คือ P-CMV mode, FiO₂ 0.4, RR 16 beats/min, IP15 cmH₂O, PEEP 5 cmH₂O ในช่วงกลางคืน เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่ 5. ประเมินสัญญาณชีพระหว่าง weaning ventilator หากพบ RR > 35 breaths/min SpO₂ < 90%, PR > 120 beats/min หรือพบจังหวะ AF กลับมาเต้นเร็วผิดปกติ (RVR) ให้ยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างทดลองหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ 4 วัน ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่เหนื่อย RR 16-18 breaths/min PR 78-90 beats/min, SpO₂ 97-100% สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจออกได้ และให้เป็น O₂ cannula 3 L/min
ระยะจำหน่าย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองในตำแหน่งเดิมเพิ่มขึ้นและตำแหน่งอื่น เนื่องจากกลไกการแข็งตัวของเลือดบกพร่องและได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผล CT brain พบ mild decrease acute SDH with mild decrease along right cerebral hemisphere about 0.9 cm with midline to the left about 0.7 cm and mild brain swelling at right hemisphere	1. ส่งต่อข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญแก่พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญตามหลัก ISBAR ดังนี้ 1.1 I - Identification (การแนะนำผู้ป่วย) แจ้งชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ และการวินิจฉัยโรค 1.2 S - Situation (สถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นปัญหา) ปัญหาที่หลงเหลือในปัจจุบัน 1.3 B - Background (ข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วย) ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผลการตรวจร่างกายและ CT brain แรกรับ การผ่าตัด ผล CT brain การรักษา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าสุด ยาที่ได้รับปัจจุบัน 1.4 A - Assessment (การประเมินภาวะผู้ป่วยล่าสุด) อาการก่อนย้าย เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท สัญญาณชีพ 1.5 R - Recommendation (ข้อเสนอแนะ/มาตรการดูแลต่อเนื่อง) เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อสังเกต

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ค่า INR สูงเล็กน้อย 1.36 3. ได้รับยา Enoxaparin 0.6 ml (SC) q 12 hr และ Warfarin (3 mg) 1x1 PO hs วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำหรือเลือดออกเพิ่มขึ้นในสมองอย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง	อาการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองเคลื่อนหรือเลือดออกเพิ่ม จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา แนวคอตรง ป้องกันการพลัดตกหกล้ม หลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ และติดตามค่า INR 2. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญตามหลัก D-METHOD 2.1 D - Diagnosis (ให้ความรู้เรื่องโรค) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่า ผู้ป่วยเคยมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง แม้ตอนนี้ก้อนเลือดจะลดขนาดลง แต่สมองยังคงบวมเล็กน้อย จึงจำเป็นต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำที่ศีรษะ 2.2 M - Medicine (การใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย) เน้นย้ำความสำคัญของยา warfarin ว่าเป็นยาช่วยป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น แต่มีผลข้างเคียงทำให้เลือดออกง่าย แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นหัวใจเทียม และควรหลีกเลี่ยงยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร และยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs เนื่องจากยาเหล่านี้มีปฏิกิริยาต่อต้านหรือเสริมฤทธิ์ยา warfarin 2.3 E - Environment (การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย) แนะนำให้ยกกรงขึ้นเตียงขึ้นเสมอ เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง 2.4 T - Treatment (การดูแลรักษาและข้อควรระวัง) สอนวิธีสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติ แนะนำการหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือปัจจัยที่เพิ่มความดันในช่องอก ช่องท้อง กะโหลกศีรษะ และท้องผูก การสังเกตอาการที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกซ้ำในสมอง 2.5 H - Health (การส่งเสริมสุขภาพและการรับประทานอาหาร) แนะนำให้งดการออกกำลังกายทุกประเภทในระยะนี้ เน้นการทำกิจกรรมบนเตียงหรือกิจกรรมเบา ๆ เท่าที่จำเป็น การเปลี่ยนท่าทางเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ นอนศีรษะสูง 15-30 องศา 2.6 O - Outpatient (การมาตรวจตามนัด) อธิบายความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อเจาะเลือดติดตามค่า INR และปรับขนาดยา warfarin ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย 2.7 D - Diet (อาหารที่ควรรับประทานที่โรงพยาบาลทันที) ควบคุมปริมาณอาหารที่มีวิตามินเคสูงซึ่งจะต้านการออกฤทธิ์ของยา warfarin หลีกเลี่ยงอาหารสมุนไพร หรือเครื่องดื่มที่เสริมฤทธิ์ยา warfarin หรืออาหารที่ลดฤทธิ์ยา warfarin งดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงและดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากรณีผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล

สำคัญจำนวน 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะสมองเคลื่อนใน การดูแลหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และการเฝ้าระวัง

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด การบริหารยาความเสี่ยงสูงและสารน้ำ osmotic diuresis การลดและกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การดูแลความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ซึ่งผลหลังการให้การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ โดยมีสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาทปกติและคงที่ ซึ่งในระหว่างดูแลพบผู้ป่วยมีปัญหาที่ ทำให้การฟื้นตัวล่าช้า เช่น การมีเลือดออกซ้ำในสมอง ต้องผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออกถึง 3 ครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นประจำ แม้ว่าจะมีการหยุดยาไปแล้วก็ตาม แต่ในผู้ป่วยบางราย กระบวนการกักเก็บเกล็ดเลือดของเกล็ดในร่างกายอาจยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์หรือมีระดับยาต้านในเนื้อเยื่อสูง ทำให้เกล็ดเลือดและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดไม่สามารถเกาะกลุ่มเป็นลิ่มเลือดที่แข็งแรงพอที่จะอุดรอย ฉีกขาดของเส้นเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดเลือดออกซ้ำที่บริเวณเดิม¹² อีกทั้งผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิด AF with rapid ventricular response (RVR) จนต้องหยุดการทดลองหยาเครื่องช่วยหายใจ อาจเกิดจากปฏิกิริยาความเครียดเฉียบพลันจากการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นผลมาจากแรงในการหายใจที่เพิ่มขึ้นกะทันหันใน โหมด CPAP ทำให้กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนกลุ่ม Catecholamines ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจโดยตรงโดยไปเร่งการส่งกระแสไฟฟ้าที่จุดกำเนิดไฟฟ้าแปลกปลอม (Ectopic foci) ในหัวใจห้องบนให้ทำงานไวขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจรั่วและผ่านการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม เนื้อเยื่อหัวใจห้องบนมักจะมีรอยโรคหรือมีพังผืด ทำให้มีจุดกำเนิดไฟฟ้าแปลกปลอม

จำนวนมาก จึงความไวต่อสิ่งเร้าสูง ทำให้หัวใจห้องบนเต้นพริ้วและส่งผ่านกระแสไฟฟ้าลงมายังหัวใจห้องล่างถี่ผิดปกติ จนเกิดภาวะที่หัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ¹³ นอกจากนี้ในระยะการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในสมองอีก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่วและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต เพื่อยับยั้งการก่อตัวของ ลิ่มเลือดบนผิวลิ้นหัวใจเทียมซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอม ซึ่งอาจส่งผลให้ลิ้นหัวใจเทียมอุดตัน จนขัดขวางกลไกการเปิด-ปิดของลิ้นหัวใจเทียม ส่งผลให้การทำงานของหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากความจำเป็นดังกล่าว จึงต้องให้ความสำคัญกับการติดตามและควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยอย่างเคร่งครัด หากค่า INR ต่ำเกินไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อลิ้นหัวใจเทียม อุดตัน แต่หากค่า INR สูงเกินไป จะกลายเป็นปัจจัยทำให้เกิดเลือดออกซ้ำในสมองได้

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่ออธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง อาการที่เป็นสัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์
2. จัดทำแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
3. พัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองร่วมกับโรคหัวใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Brazinova, A., Rehorcikova, V., Taylor, M. S., Buckova, V., Majdan, M., Psota, M., Peeters, W., Feigin, V. L., Theadom, A., Holzer, M., & Stulik, J.(2021). Epidemiology of traumatic brain injury in Europe: A living systematic review. *Journal of Neurotrauma* 2021; 38(10):1411–1440.

2. Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abaji, G. G., ... & Murray, C. J. L.(2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology* 2021; 20(10): 795–820.
3. Hutter, B. O., & Gilsbach, J. M.(2019). Chronic subdural hematoma: Epidemiologic features and outcomes in elderly patients receiving antithrombotic therapy. *World Neurosurgery* 2019; 124: e512–e520.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาระโรคจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บของประเทศไทย ปี 2565–2566. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2566.
5. มาริสา สุขสำราญ. (2567).การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่มีภาวะเลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมองจากอุบัติเหตุและการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2567; 34(2): 45–58.
6. อรวรรณ ศรีจันทร์, และสมชาย พงษ์เจริญ.(2565). สถานการณ์และผลลัพธ์การผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมองกึ่งเยื่อปล้นในโรงพยาบาลศูนย์. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์* 2565; 105(4): 312–321.
7. Guleserian, K., & Smith, J. R.(2020). Anticoagulant-associated intracranial hemorrhage: Management and reversal strategies in emergency neurosurgery. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology* 2020; 32(3): 210–218.
8. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(2565). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะเลือดคั่งในกะโหลกศีรษะฉกฉวย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศิริราชเวชการ; 2565.
9. American Heart Association [AHA], & American Stroke Association [ASA].(2022). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2022; 53(7): e282–e361.
10. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2569). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2566, 2567,2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2569]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report/
11. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.(1979). The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare. 1979.
12. Gillespie, J., Khan, M., & Wong, A.(2026). Antiplatelet and anticoagulation use and outcomes following surgical evacuation of chronic subdural hematoma: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurosurgery* 2026; 144(2): 312–320.
13. Thawinwong, S., & Matchim, Y.(2023). Nursing care of a patient with atrial fibrillation with septic shock: A case study. *Journal of Health Science and Nursing Research* 2023; 5(2): 45–58.