

กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะน้ำคั่งในสมอง

จินตนา กิ่งแก้ว พย.ม.*
ปวีณา จรัสเฉลิมพงศ์ พว.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage) ร่วมกับมีภาวะน้ำคั่งในสมอง (hydrocephalus) ที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออก โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้อง ภาวะเลือดออกในโพรงสมองหมายถึง การมีเลือดออกในโพรงสมองซึ่งเป็นที่สร้างน้ำไขสันหลัง มักพบในรายที่ได้รับบาดเจ็บสมองรุนแรงหรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดภาวะน้ำคั่งในสมอง และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยเหล่านี้ ปัจจุบันรักษาโดยการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออก (ventriculostomy) เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองเคลื่อน การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังนี้มีความซับซ้อนหลายประการ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง ซึ่งการพยาบาลที่สำคัญ คือ การตั้งระดับจุดหยดของน้ำไขสันหลังให้ถูกต้อง เพื่อให้ความดันในกะโหลกศีรษะอยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะน้ำคั่งในสมอง ให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านพยาบาลและผู้รับบริการ สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและช่วยลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล เลือดออกในโพรงสมอง ภาวะน้ำคั่งในสมอง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Nursing Process and Implications for Nursing Care of the Patient with Intraventricular Hemorrhage and Hydrocephalus

Jintana Kingkaew M.N.S.*

Paweena Jaratchalermpong B.N.S**

Abstract

The purpose of this study was to collect the knowledge of nursing care of patients with intraventricular hemorrhage and hydrocephalus whom underwent ventriculostomy by applying the correct nursing process. Intraventricular hemorrhage is a bleeding in the ventricles of the brain that produce cerebrospinal fluid. It usually occurs in patients with severe head injuries or vascular disorders such as hypertension disease. Hydrocephalus and increased intracranial hypertension developed subsequently are the most common and important complications in these patients. Currently, intraventricular hemorrhage was treated by surgical removal of the cerebrospinal fluid from the cerebellum (ventriculostomy) to prevent the increased intracranial pressure and brain herniation. There are many complexities in nursing care for patients with intraventricular hemorrhage and ventriculostomy. Therefore, nurse should have knowledge and understanding in patient care approaches to gain confidence in nursing practice. The important nursing care is the correct setting-point of the cerebrospinal fluid drop to maintain normal intracranial pressure (ICP) to prevent increased intracranial pressure (IICP). IICP is a common complication of patients with brain injury. The application of nursing process in nursing practices according to the correct nursing guideline for caring of patients with intraventricular hemorrhage and hydrocephalus covering both physical and mental health problems should bring about the benefit for both nurse and patient. As a result, it could save the patient's life and reduce disability, if any.

Keywords: Nursing process, Intraventricular hemorrhage, Hydrocephalus

* Lecturer, Nursing Science Program, Chalermkarnchana University

** Registered Nurse (Professional Level), Sisaket Hospital

บทนำ

ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage: IVH) หมายถึง เลือดออกในโพรงสมอง ซึ่งเป็นที่สร้างน้ำไขสันหลัง มักพบในรายที่ได้รับบาดเจ็บสมองรุนแรงและพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นต้น¹ เลือดที่พบอาจเป็นเลือดที่ออกจากโพรงสมองหรือเป็นเลือดที่ออกจากใต้ชั้นอะแร็กนอยด์แล้วไหลเข้าไปในโพรงสมอง อาการแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ เกิดภาวะน้ำคั่งในสมอง (hydrocephalus) ความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองเคลื่อน หากรักษาไม่ทันท่วงทีจะทำให้เสียชีวิตได้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้เขียนทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการนิเทศนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยเลือดออกในโพรงสมองที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออก (ventriculostomy หรือ external ventricular drainage (EVD)) มีความซับซ้อนในการดูแล บางกิจกรรมยากต่อการทำความเข้าใจ ดังนั้นพยาบาลควรมีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งในบทบาทพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะการปฏิบัติและมีความเข้าใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปประยุกต์ใช้อยู่เสมอๆ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทความนี้จะนำเสนอการสรุปกระบวนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองและมีภาวะน้ำคั่งในสมองที่ได้รับการผ่าตัด EVD เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมแนวทางการพยาบาลที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะน้ำคั่งในสมองที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออก โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพทั้ง

ด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนทั้งป้องกันอันตรายและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้^{2,3}

1. โรคและพยาธิสภาพของโรค

ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage: IVH) เป็นหนึ่งในความผิดปกติเฉียบพลันและวิกฤตที่พบบ่อยที่สุดในแผนกศัลยกรรมประสาท และพบมากที่สุดในช่วงกลางคนและผู้สูงอายุ มีลักษณะเฉพาะพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน มีการลุกลามอย่างรวดเร็ว และอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพสูง ภาวะ IVH สามารถแบ่งออกเป็น primary intraventricular hemorrhage (PIVH) มักไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงและความผิดปกติของหลอดเลือดแดง⁴ เป็นภาวะที่เลือดออกเองในสมองจากหลอดเลือดแดงสมองขนาดเล็ก (perforating artery) ซึ่งมีสาเหตุจาก chronic hypertension หรือ amyloid angiopathy โดยคิดเป็นร้อยละ 80 ของ hemorrhagic stroke ทั้งหมด ส่วน secondary intraventricular hemorrhage (SIVH) เป็นภาวะที่เลือดออกจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมองซึ่งสามารถตรวจพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของ hemorrhagic stroke ทั้งหมด¹ สาเหตุของการเกิด IVH ได้แก่ รอยโรคของหลอดเลือดแตก เช่น โป่งพองและความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสาเหตุที่ซับซ้อนและความรุนแรงเกิดได้อย่างรวดเร็วจึงก่อให้เกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ ความดันในกะโหลกศีรษะและการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมองที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของน้ำหล่อสมองและไขสันหลังอักเสบ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบภาวะ IVH มากถึงร้อยละ 10-15 จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดและพบอัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน หลังเริ่มมีอาการสูงถึงร้อยละ 35-50⁵ ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที จะสามารถลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้^{5,6}

2. สาเหตุการเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมอง จำแนกเป็น 2 สาเหตุหลัก ดังนี้

2.1 สาเหตุที่เกิดจากโรคต่างๆ

2.1.1 โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการทำนายพยากรณ์โรคของผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ ปริมาตรของก้อนเลือดในเนื้อสมอง ขนาดของก้อนเลือดที่เพิ่มขึ้น และการแตกของก้อนเลือดเข้าไปในโพรงน้ำของสมอง ซึ่งพบว่า การเพิ่มขนาดของก้อนเลือดในสมองในระยะ 24 ชั่วโมงแรกนั้น พบได้ร้อยละ 23–38 ของผู้ป่วย⁶

2.1.2 โรคเนื้องอกสมอง (brain tumor) สามารถแสดงอาการเลือดออกในสมองได้โดยเฉพาะเนื้องอกชนิดมะเร็งซึ่งมักพบในผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งปอด¹

2.1.3 เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือด (Amyloid angiopathy) เนื่องจากมี beta amyloid protein เกาะหลอดเลือด มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ อาจมีอาการโรคสมองเสื่อมร่วมด้วยและความดันโลหิตมักไม่สูง¹

2.1.4. Chronic subdural hematoma (subacute to chronic 4 วัน ถึง 2–3 สัปดาห์) สามารถเกิดในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองโดยมีแรงกระทำต่อสมองเพียงเล็กน้อยและมีผลให้ หลอดเลือด bridging vein ใน subdural space ฉีกขาดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองฝ่อ ผู้ป่วยรับประทานยาละลายลิ่มเลือด หรือดื่มสุราเป็นประจำ¹

2.1.5 หลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (rupture cerebral aneurysm) ผู้ป่วยมักไม่มีความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ อาจพบปัจจัย 3 ประการ (triad) ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค คือ sudden headache, severe headache และ stiff-necked positive ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะให้ประวัติครอบครัวว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง และ polycystic kidney ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองโป่งพองได้¹

2.1.6 ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

(coagulopathy) จากการใช้ยาละลายลิ่มเลือด หรือเป็นโรคที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด¹

2.2 สาเหตุที่เกิดจากสมองได้รับบาดเจ็บ (traumatic brain injury: TBI) สมองบวม สมองช้ำ และมีการอุดตันทางเดินของทางเดินน้ำไขสันหลัง ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงตามมาได้²

3. อาการและอาการแสดง มีดังนี้

3.1 อาการแสดงจากความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น โดยทั่วไปในระยะแรก (primary brain injury) จะพบอาการปวดศีรษะ อาเจียน ชีพลง สับสน ส่วนอาการแสดงที่พบ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาทีรูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ (Cushing's triad)¹

3.2 ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป (alteration of consciousness) โดยแบ่งระดับความรู้สึกตัวเป็นระดับ alert, drowsiness, stupor และ coma ส่วนอาการทาง cognitive function คือการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา ความเฉลียวฉลาด ภาษา และการคิดคำนวณ ซึ่งพบอาการพูดสับสนนับพัน พูดไม่ออกหรือพูดไม่ชัดได้¹

3.3 ขนาดของรูม่านตา (pupil) ผิดปกติหรือมองเห็นภาพซ้อน ขั้วประสาทตาบวม (papilledema) อาการตามัวฉับพลันอาจพบเป็นตาข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้¹

3.4 ความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (localizing sign) การตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท มักเกิดร่วมกับอาการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ แต่ในกรณีเลือดออกมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยจะมีเพียงความผิดปกติทางระบบเฉพาะที่ได้ เช่น แขนขาอ่อนแรง และซึ่งหากมีความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง (cranial nerve) ร่วมกับอาการอ่อนแรงก็บ่งชี้ว่ามีเลือดในแกนสมอง (brain stem) หรืออาจมีผลต่อระดับความรู้สึกตัวได้ด้วย¹

3.5 ตำแหน่งเลือดออกกับอาการปวดศีรษะ

อาการปวดศีรษะบริเวณหน้าผากสัมพันธ์กับเลือดออกบริเวณสมองส่วนหน้า จะทำให้อาการจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความเร็วของเลือดที่ออก ขนาดและตำแหน่งของก้อนเลือด การมีเลือดออกในสมองส่วน lobar พบได้บ่อยในผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ ส่วนเลือดออกในสมองส่วน non-lobar มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ซึ่งบางรายพบอาการชักกระตุกได้⁷

4. การวินิจฉัย ประกอบด้วย

4.1 การซักประวัติที่เกี่ยวข้อง เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ การดื่มสุรา ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคเลือด โรคตับ โรคไต การใช้ยา anticoagulants หรือยาเสพติด เพื่อแยกภาวะอื่นที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดสมอง (extra cranial cause)⁶

4.2 การตรวจร่างกายและประเมินสัญญาณชีพ (vital signs) อาการทางระบบประสาท (neurological signs) เพื่อประเมินว่าต้องให้การรักษาในภาวะฉุกเฉินหรือไม่ เช่น การประเมินการหายใจ (airway, ventilation) เพียงพอหรือไม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำ คะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale; GCS) น้อยกว่า 8 หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ⁶

4.3 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory tests) ได้แก่ Complete blood count (CBC), Blood sugar (BS), Blood urea nitrogen (BUN) และ Creatinine, electrolytes เป็นต้น

4.4 การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain scan) ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น acute stroke ควรได้รับการตรวจ CT brain ทุกราย⁶ ซึ่งการแปลผล CT brain scan ในภาวะ hemorrhagic stroke จะช่วยให้เห็นตำแหน่งและขนาดของเลือดออกในสมอง เนื่องจากเลือดออกในสมองมีขนาดแตกต่างกันตามความรุนแรงของพยาธิสภาพ โดยแพทย์จะประเมินขนาดของก้อนเลือดจากสูตร (ความกว้าง x ความยาว x ความสูง)/2 การทำ CT brain scan ช่วยให้ประเมินภาวะ brains swelling, midline shift, transtentorial herniation และ tonsillar hernia-

tion ได้¹

5. การรักษา การบำบัดรักษาทางศัลยกรรมของโรคหลอดเลือดสมองแตกที่สำคัญ คือ การผ่าตัดนำก้อนเลือดออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ การพิจารณาผ่าตัดจำเป็นต้องมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน⁶ สิ่งสำคัญในการรักษา คือ การวินิจฉัยให้ได้รวดเร็วที่สุดและลดโอกาสการเพิ่มขนาดของเลือดออก โดยการควบคุมความดันโลหิตรวมถึงแก้ไขภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ รวมถึงกรณีจำเป็นต้องผ่าตัดซึ่งต้องลดความเสี่ยงอย่างถาวรจากแกนสมองถูกกดทับให้เร็วที่สุด¹ ซึ่งสรุปการรักษา ดังนี้

5.1 การบำบัดรักษาทางอายุรกรรม⁶

5.1.1 การบำบัดรักษาความดันโลหิตสูง (blood pressure management) ในระยะแรกเพื่อป้องกันไม่ให้ขนาดของก้อนเลือดใหญ่ขึ้นหรือลดโอกาสแตกซ้ำของหลอดเลือดแดงโป่งพองจึงพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตด้วย

5.1.2 การบำบัดรักษาอุณหภูมิร่างกาย (management of body temperature) ในระยะแรกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมักมีไข้สูง กรณีที่อุณหภูมิร่างกายสูงมากจะมีผลต่อ brain metabolism ทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

5.1.3 การบำบัดรักษาระดับน้ำตาลในเลือด (management of blood glucose) ในระยะแรกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก อาจตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติซึ่งอาจจะเกิดจากภาวะ stress หรือผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเดิม การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากอาจทำให้อัตราตายเพิ่มขึ้น ดังนั้น หากระดับน้ำตาลในเลือด > 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรพิจารณาให้ยารักษาเบาหวานด้วย

5.1.4 การป้องกันอาการชัก (prevention of seizure) ไม่แนะนำให้หยากันชักในผู้ป่วยที่ไม่มีหลักฐานของการชัก ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางคลินิกของการชักควรให้ยากันชักทุกราย

5.1.5 การให้สารน้ำและเกลือแร่ ควรให้สาร

น้ำที่เป็น isotonic solution เช่น normal saline โดยให้ปริมาณที่พอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายและรักษาระดับเกลือแร่ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

5.2 การรักษาทางศัลยกรรม ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของก้อนเลือด พิจารณาผ่าตัดในกรณีก้อนเลือดมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตร หรือปริมาตรมากกว่า 15 มิลลิลิตร¹ และผู้ป่วยมีอาการแย่ง หรือในผู้ป่วยที่พบว่าใน CT brain scan มี hydrocephalus หรือ brain stem herniation ผู้ป่วยอาจมีอาการแย่งเร็วจึงรักษาในระยะแรกๆ ที่เริ่มมีอาการโดยวิธี posterior fossa craniectomy with clot remove และหรือการเจาะระบายน้ำไขสันหลังในโพรงสมอง (ventriculostomy)¹ การใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออก^{8,9} หมายถึง การใส่ท่อระบายเล็กๆ เจาะผ่านกะโหลกเยื่อหุ้มสมอง และเนื้อสมองเข้าไปในโพรงสมอง ส่วนใหญ่ปลายสายด้านในจะวางทางผ่านช่องมอนโร (foramen of Monro) ส่วนสายด้านนอกจะยึดติดกับหนังศีรษะโดยให้ปลายสายต่อกับถุงรองรับชนิดปิดเชื้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง ลดการกั่งของน้ำในโพรงสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ⁸ การต่อท่อระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองถือเป็นหนึ่งในขั้นตอนการช่วยชีวิตที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในภาวะวิกฤติทางระบบประสาทเป็นการผ่าตัดที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้^{10,11,12}

6. ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีระบายน้ำไขสันหลังออกภายนอก (external ventricular drainage) สรุปได้ดังนี้^{8,12}

6.1 น้ำไขสันหลังออกมากเกินไป (CSF over drainage) ภายหลังจากการผ่าตัดหากเกิดภาวะน้ำไขสันหลังออกมามากเกินไปจะทำให้โพรงสมองยุบและความดันในช่องไขสันหลังจะสูงกว่าความดันในกะโหลกศีรษะ ทำให้สมองเคลื่อนขึ้นด้านบนส่งผลให้เนื้อสมองน้อยขาดเลือด (cerebellar infarction) หรือมีพยาธิสภาพที่แอ่งสมองด้านหลัง (posterior fossa) อาการ

ที่พบได้ เช่น เวียนศีรษะบ้านหมุน เมื่อเปลี่ยนท่า ระดับความรู้สึกตัวลดลง รูม่านตาเล็ก และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง

6.2 การติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองหรือการติดเชื้อในโพรงสมอง (ventriculitis) พบการติดเชื้อหลังคาสาขาสวนระบายสูงสุดในวันที่ 4 แหล่งติดเชื้อที่สำคัญ คือ หนังศีรษะและข้อต่อระหว่างสายยางกับถุงรองรับ อาการที่พบได้ เช่น ปวดศีรษะ มีไข้ คอแข็ง ชัก ความผิดปกติ น้ำไขสันหลังเช่น น้ำไขสันหลังขุ่น มีเม็ดเลือดขาวปน

6.3 อาการแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น สายระบายอุดตัน เลื่อนหลุดหรือน้ำไขสันหลังรั่วซึม (CSF leak)

7. บทบาทพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่งของวิชาชีพพยาบาล กล่าวคือ ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีรูปแบบ เป็นขั้นตอนต่อเนื่อง และมีความสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) 4) การใช้แผนการพยาบาล (implementation of nursing care plan) และ 5) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation)¹³ จึงขอสรุปบทบาทของพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะน้ำคั่งในสมองดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง¹⁴ สรุปได้ดังนี้

1.1 การซักประวัติที่เกี่ยวข้องจากผู้ป่วยและ

ญาติ เช่น อาการนำมา การรับรู้สติ โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ยาที่ใช้เป็นประจำ เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาเบาหวาน ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การดื่มสุราหรือสารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลควรสอบถามถึงอาการชัก อาการชา แขน ขาไม่มีแรง เป็นต้น

1.2 การประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว พยาบาลต้องประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยทางระบบประสาททุกรายเพื่อประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย หากระดับความรู้สึกรู้ตัวที่แยกลงจะสัมพันธ์กับความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น⁸ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า คะแนนกลาสโกว์ ซึ่งจะประเมินความสามารถของผู้ป่วย 3 ด้าน คือ การลืมตา การตอบสนองด้านการพูด การสื่อสารและการตอบสนองด้านการเคลื่อนไหว ผลการประเมินคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 3-15 คะแนน แล้วนำมาแบ่งเป็นระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ เพื่อจะได้วางแผนการดูแลรักษาต่อไป

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

1.3.1 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตรวจโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การถ่ายภาพรังสีกระดูกและคอ ถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ เป็นต้น

1.3.2 การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจตามแผนการรักษา เช่น CBC, electrolyte, blood sugar, BUN, creatinine ค่าก๊าซในเลือด เป็นต้น ซึ่งแพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆ ไป

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในสมองและได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองออก สรุปจากพยาธิสภาพของโรคได้ดังนี้

2.1 เสี่ยงต่อการกำซาบเนื้อเยื่อสมองลดลง

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่อาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2.2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและอาจมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงไปกดสมองศูนย์ควบคุมการหายใจทำให้แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง

จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง อาจเกิดความเครียดวิตกกังวลตามมา ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น หากพยาบาลประเมินพบปัญหาอื่นๆ ระหว่างการดูแลผู้ป่วย พยาบาลควรกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) การวิเคราะห์และเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย รูปแบบแผนการพยาบาลที่ใช้มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละสถานบริการสุขภาพ การเขียนแผนการพยาบาลควรเป็นการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้ผ่านการจัดลำดับความสำคัญก่อนและหลัง ทั้งนี้ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาลร่วมด้วยเสมอ

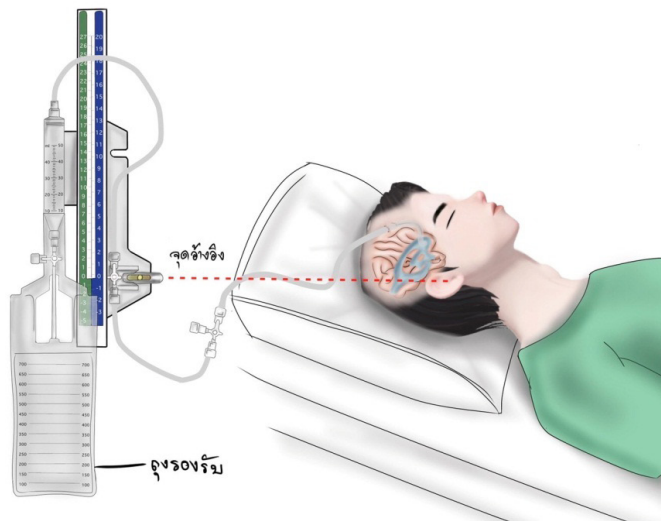
ขั้นตอนที่ 4 การใช้แผนการพยาบาล (implementation of nursing care plan) เป็นการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง กิจกรรมการพยาบาลเป็นการปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคล และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรม² กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญของผู้รับบริการที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองและมีภาวะน้ำคั่งในสมองที่ได้รับการผ่าตัดใส่

สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมอง เพื่อป้องกันการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงและป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ 5 กิจกรรม ดังนี้²

กิจกรรมที่ 1 การคงไว้ซึ่งการควบคุมเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอ (maintain cerebral blood flow) เพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือด ปฏิบัติดังนี้

ภาพที่ 1 ตำแหน่งศูนย์อ้างอิง “0” หรือ zero point ให้ตรงกับกึ่งกลางรูหู



2) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบ 4 ชั่วโมง หลังกลับจากการทำการผ่าตัด ventriculostomy เพื่อป้องกันการอาการปวดศีรษะจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะต่ำ (intracranial hypotension)^{2,15}

3) จัดท่านอนผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30 องศา อยู่ในท่าที่ศีรษะไม่ก้มไม่เงยจนเกินไป เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น^{2,10}

4) ปิดตัว clamp สาย EVD เมื่อมีกิจกรรมที่ต้องกระทำต่อผู้ป่วย และเปิดตัว clamp เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม²

5) ไม่ผูกยึดผู้ป่วยเพราะจะทำให้ผู้ป่วยออกแรงต้าน แล้วทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง¹⁵

กิจกรรมที่ 2 การคงไว้ซึ่งการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังให้ เพียงพอ (maintain CSF drainage) เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปฏิบัติดังนี้

1) ดูแลระบบการทำงานของสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ปรับจุดของ EVD ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดโดยการกำหนดตำแหน่งศูนย์อ้างอิง “0” หรือ zero point ให้ตรงกับกึ่งกลางรูหู (external auditory canal) ในท่านอนหงายหลังจากนั้นปรับจุดหยดให้สูงกว่าตั้งหน้าหูประมาณ 10–15 เซนติเมตร^{2,8,10}

1) ดูแลให้ EVD เป็นระบบปิดตลอดเวลา หากพบการรั่วซึม ต้องรายงานแพทย์ทันที¹⁵

2) บันทึกปริมาณน้ำไขสันหลังที่ออกทุกชั่วโมง หรืออย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ถ้าไม่มีการเพิ่มของน้ำไขสันหลัง หรือมีการระบายน้ำไขสันหลังออกเกิน 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือตามที่แพทย์กำหนดรายงานและแพทย์ทราบ²

3) บันทึกและประเมินการรั่วซึมของน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง (CSF leakage)² หากพบปัญหาให้รายงานแพทย์ทราบ

4) ทำแผลโดยใช้หลัก aseptic technique และปิดแผลไม่ให้สาย drain ราบไปกับหนังศีรษะของผู้ป่วย เพราะอาจทำให้ท่อระบายหัก พับ งอ เลื่อนหลุด หรืออุดตัน¹⁵

5) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงดันในช่องท้อง เช่น การไอและเบ่งถ่ายอุจจาระ¹⁵

6) ดูแลผู้ป่วย เช็ดตัวลดไข้และให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษา ควรควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส อุณหภูมิที่สูงขึ้นทุก 1 องศาเซลเซียส ทำให้มีการไหลเวียนเลือดสู่สมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 7-13 และมีอัตราการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 13¹⁵

7) สังเกตการกระเพื่อม (fluctuation) ไม่ให้สายเลื่อนหลุดหรือหักพับ โดยสังเกตระดับน้ำไขสันหลังในสาย EVD มีการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจหรือไม่ ถ้าระดับน้ำไขสันหลังในสายหยุดนิ่ง ไม่เคลื่อนขึ้นลงให้ตรวจสอบว่าสายระบายน้ำไขสันหลังมีการหักพับงอหรือไม่ ตัว clamp อยู่ในลักษณะปิดหรือไม่ หรือตามบริเวณข้อต่อต่างๆ สายระบายน้ำไขสันหลังมีเศษชิ้นเนื้อก้อนเลือดอุดตันหรือไม่ ถ้าพบว่า EVD อุดตัน ให้รายงานแพทย์ด่วน¹⁵

8) สังเกตว่ามีการผิดพลาดระหว่างดูแลผู้ป่วยหรือไม่ เนื่องจากหากเกิดข้อผิดพลาดขึ้น เช่น ตั้งตำแหน่ง จุดหยดน้ำไขสันหลัง สูงกว่าที่แผนการรักษาจะทำให้ให้น้ำไขสันหลังระบายไม่ออก เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง หรือตั้งตำแหน่งจุดหยดน้ำไขสันหลังต่ำกว่าที่แผนการรักษากำหนด จะทำให้น้ำไขสันหลังระบายออกเร็วจนเกิดภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้¹⁰ หากพบปัญหาให้รายงานแพทย์ทราบ

กิจกรรมที่ 3 ติดตามสัญญาณเตือนของภาวะ increased intracranial pressure (IICP) (monitor early warning sign for IICP) เพื่อประเมินอาการและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปฏิบัติดังนี้

1) ประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท การรับรู้ orientation ทุก 1 ชั่วโมง หากพบ GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน รายงานแพทย์ให้ทราบ^{2,15}

2) สังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เปลี่ยนแปลง เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว มองเห็นภาพซ้อน สับสน เพ้อคลั่ง สับสน กระสับกระส่าย ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม²

3) ประเมินสัญญาณชีพ (vital sign) โดยเฉพาะถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูง ชีพจรช้า ลักษณะการหายใจผิดปกติแบบ Cheyne stroke ให้รายงานแพทย์ทราบ^{2,15}

4) สังเกตอาการทางระบบประสาทอื่นๆ เช่น ภาวะอัมพาต abducens nerve palsy หรือเส้นประสาทตาบวม (papilledema)¹⁵

กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งการระบายอากาศ (maintain airway)² เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือดเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและอาจมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงไปกดสมอง ศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง ปฏิบัติดังนี้

1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว ซีดเขียวสับสน มึนงง เป็นต้น

2) ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะการสังเกตว่าการหายใจที่ผิดปกติหรือไม่

3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) โดยรักษาระดับ $\geq 95\%$ ^{2,15}

4) ดูดเสมหะเมื่อจำเป็น ซึ่งการดูดเสมหะแต่ละครั้ง ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้แรงดูด 100-120 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ¹⁵

5) เฝ้าระวังและควบคุม hyperventilation ($PaCO_2$ อยู่ระหว่าง 30-50 mmHg)²

6) รายงานแพทย์ เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าพบ GCS ≤ 8 ²

7) ประเมินคุณภาพการนอนหลับและดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

8) ติดตามผล arterial blood gas (ABG) ในเลือดแดงตามแผนการรักษา

กิจกรรมที่ 5 สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง (monitor for IICP: after EVD off)² ปฏิบัติดังนี้

1) เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมเพื่อช่วยแพทย์เย็บปิด

แผล

2) สังเกตดูความผิดปกติ เช่น การรั่วซึม CSF จากแผลหรือการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยการใส่ EV อุปกรณ์การเย็บหุ้มสมองอีกเสบพบได้ตั้งแต่ไม่มีเลยจนถึงร้อยละ 22¹⁶

3) สังเกต Neurological signs หากพบ GCS ≤ 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์ทันที

4) วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง

จากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงไป การคิด การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสารบกพร่องซึ่งทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแลตนเอง ประกอบกับการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ได้รับที่มีความซับซ้อนต้องได้รับการดูแลเฉพาะดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลกระทบต่อความเครียด วิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเช่นกัน ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ทั้งที่พยาบาลยึดแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวม มีความรู้และทักษะในการประเมินอาการ การเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะสามารถลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตได้

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation) พยาบาลจะมีการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผล และเป็นการตรวจสอบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้าพบว่ามีอุปสรรคหรือมีปัญหาที่ส่วนใดจะ得以ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงต่อไป ทั้งนี้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 5 กิจกรรมดังกล่าวข้างต้น พยาบาลควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและด้านผู้รับบริการซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ดังนี้

5.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีแบบแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน ถูกต้อง ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา² พบว่า การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นขั้นตอนจะช่วยให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากความสะดวกในการปฏิบัติ การนำไปใช้ได้จริง¹⁷ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวจะส่งผลให้การพยาบาลคงไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

5.2 ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีแบบแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการทั้งด้านคุณภาพและความปลอดภัยซึ่งการศึกษามาก่อนพบว่า ผลจากการบูรณาการดูแลรักษาเป็นขั้นเป็นตอนอย่างทันที่ทั้งที่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จากการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงการซักประวัติ ตรวจร่างกายทุกระบบ โดยเฉพาะการประเมินอาการทางระบบประสาท การเจาะเลือดตรวจการส่ง CT brain scan ได้ทันที โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของอาการบาดเจ็บ มีการให้ oxygen support ทุกราย การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและการเกิดเลือดออกซ้ำอีก ไม่พบการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำอีกหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานร้อยละ 100 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ เนื่องจากได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมองส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมาก¹⁸

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะน้ำคั่งในสมองที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกให้

ครอบคลุมปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติกรพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านพยาบาลและผู้รับบริการ สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้วยังช่วยลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแนวทางการพยาบาลในรูปแบบ “คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง” ที่ครอบคลุมทุกระยะของการดูแลหลังผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยการสนับสนุนให้พยาบาลศึกษาและติดตามความรู้ใหม่ๆ

จากงานวิจัยอยู่เสมอ เพื่อทบทวนว่าการปฏิบัติพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่เหมาะสมหรือมีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่

2. ควรสนับสนุนให้หน่วยงานพยาบาลทางศัลยกรรมจัดทำสื่อการสอนที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สำหรับสอนบุคลากรพยาบาลทุกคน ให้มีความรู้ความเข้าใจการพยาบาลในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พิชยนทร์ ดวงทองพล. แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke เขตสุขภาพที่ 7. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2563;15(2):1-23.
2. เพ็ญศรี ปักกิ่งวะยัง และ สุรชาติ สิทธิปกรณ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีการระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง โรงพยาบาล. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ร้อยเอ็ด 2564;36(1):98-107.
3. รุ่งนภา เตียวช่อ. ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง. ว. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559;27(1):103-111.
4. Pai A, Hegde A, Nair R, Menon G. Adult Primary Intraventricular Hemorrhage: Clinical Characteristics and Outcomes. J Neurosci Rural Pract 2020;11(4):623-628.
5. Xia D, Jiang X, Li Z, Jin Y, Dai Y. External ventricular drainage combined with continuous lumbar drainage in the treatment of ventricular hemorrhage. Ther Clin Risk Manag 2019;15:677-682.
6. สวิง ปันจัยสีห์, นครชัย เผื่อนปฐม, กุลพัฒน์ วีรสาร. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร; 2556.
7. วรวิฑู กิตติวัฒนากุล. Intracerebral Hemorrhage: Thai CPG .North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2010;5(3):48-56.
8. ไสว นรสารและพิรญา ไส้ไหม. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ โครงการตำรารามาชิปดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559.
9. Dey M, Jaffe J, Stadnik A, A. Awad I. External ventricular drainage for intraventricular hemorrhage. Curr Neurol Neurosci Rep 2012;12(1):24-33.
10. นภาพรณ์ กวางทอง. การพัฒนาชุดอุปกรณ์สำหรับฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2559;9(4):12-27.
11. Muralidharan R. External ventricular drains: Management and complications. Surg Neurol Int 2015;6(6):S271-S274.

12. Chau CYC, Craven CL, Rubiano AM, Adams H, Tülü S, Czosnyka M, et al. The Evolution of the Role of External Ventricular Drainage in Traumatic Brain Injury. *J Clin Med* 2019;8(9):14–22.
13. ชิดารัตน์ เลิศวิทยากุล และลัดดา พลพุทธา. การใช้กระบวนกรพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานบนคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *ว. บัณฑิตเอเชีย* 2556;8(2):76–88.
14. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนกรพยาบาลและการนำ ไปใช้. *ว. พยาบาลทหารบก* 2557;15(3):1–7.
15. ฉัตรกมล ประจบลาภ .ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *ว. สภากรพยาบาล* 2561;33(2):15–28.
16. Rajanandini Muralidharan. External ventricular drains: Management and complications. *Surg Neurol Int* 2015;6(6):S271–S274.
17. รัตนา กองสุทธิผล และอริยวรรณ วรณสีทอง. ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/WPdvk>
18. พงษ์เทพ โกฉัยพัฒน์ และลัดดา อินทฤทธิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน. *ว. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* 2562;30(2):203–218.