

รายงานผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วรรณชนานันท์ กุหาศักดิ์, พย.ม.*

* หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความเสี่ยง ต่อการเสียชีวิต มีจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถใน การประเมินระยะแรกเพื่อการดูแลและรักษาให้ทันเวลา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

รูปแบบการศึกษา: งานวิจัยเชิงกรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ (comparative case study) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 3 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 - วันที่ 1 เดือนเมษายน พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสังเกต รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทยอายุ 43 ปี โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง มาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่รู้สึกตัว เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบก้อนเลือดในสมองบริเวณเบซัลแกงเกลียด้านซ้าย ได้รับการผ่าตัดสมองแบบปิดกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยอายุ 59 ปี โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ตับอักเสบและโรคหลอดเลือดสมองแตกเดิม มาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่รู้สึกตัว เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบก้อนเลือดในสมองบริเวณเบซัล

แกงเกลียด้านขวา และเข้าไปในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะสมองบวมได้รับการผ่าตัดสมองแบบไม่ปิดกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างที่พยาธิสภาพความรุนแรงของโรคเลือดออกในสมอง มีความเหมือนกันคือประวัติโรคความดันโลหิตสูงและการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเกิดภาวะแทรกซ้อนคือภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่พบในผู้ป่วยรายที่ 2 เร็วกว่าผู้ป่วยรายแรก มีสาเหตุการติดเชื้อมาจากการสูดสำลักและมีภาวะแทรกซ้อนหลายปัญหา ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ปังจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ทำให้จำนวนวันนอน (30 วัน) นานกว่าผู้ป่วยรายแรก (19 วัน)

สรุป: การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ญาติมีความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ นำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองแตก; ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ; การพยาบาล

Case Report

Nursing Care for Hemorrhagic Stroke Patients with Ventilator Associated Pneumonia

Wanchananan Kuhasak, B.N.S.*

* Department of Neurosurgery Intensive Care Unit, Nursing Service Organization, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand

Received February 16, 2017; Accept April 11, 2017

Abstract

Background: Hemorrhagic stroke patients with ventilator associated pneumonia have increased risk for mortality. Length of stay and cost of care were increasing. Nurse should have knowledge and ability to early assess in order to receive cure and care on time to prevent complication may occur.

Objectives: To comparison of the nursing care between 2 cases of hemorrhagic stroke patient with ventilator associated pneumonia.

Material and Methods: The comparative case study of 2 cases of hemorrhagic stroke patient with ventilator associated pneumonia. The data were collected between August, 3 2015 and April, 1 2016. Data collection sheet, interview guide and observation note forms were used to collect the data. Content analysis was used to interpret the data.

Results: The first patient was a 43 years old woman with a history of hypertension, coming to the hospital with coma. Computer scans of the brain found blood clot in the brain at left basal ganglia and underwent left craniotomy. The second patient was a 59 years old man with a history of hypertension, hepatitis and previous hemorrhagic stroke, coming to the hospital with coma as well. Computer scans of the brain found blood clot in the brain at right basal ganglia,

entering the brain canal and brain edema and underwent right craniectomy. Both patients have differences in the severity of pathology of intracerebral hemorrhage and have similar in the history of hypertension and alcohol drinking. Both patients have ventilator associated pneumonia which is occur in the second patient earlier than the first patient. The cause of infection in the second patient was aspiration and has many complications such as upper gastrointestinal bleeding, coagulopathy and electrolyte imbalance that affected to the recovery of the patient and the length of stay (30 days) longer than the first patient (19 days)

Conclusion: This study reveals that nurse plays a crucial role in assessment of the problem from the first day of visit, aware of a suspected change in neurologic function and prevention of ventilator associated pneumonia. These can help patient to receive prompt nursing care and safety. Moreover, promoting the knowledge of caregiver in modifiable risk factors of hemorrhagic stroke such as hypertension, smoking, and drinking in order to promote the practice of prevention for hemorrhagic stroke.

Keywords: Hemorrhagic stroke; Ventilator associated pneumonia; Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) คือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาที่หรือชั่วคราว ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556-2558 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง 36.18, 36.66 และ 42.32 ต่อประชากรแสนคนทุกกลุ่มอายุตามลำดับ¹ แบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะที่เกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70-75 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 25-30 แต่มีความรุนแรงมากกว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองแตกชนิดหลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาททันที เนื่องจากเลือดที่ออกจะไปกดเบียดเนื้อสมองทำให้สมองทำงานผิดปกติ อาจมีผลต่อการกดศูนย์ควบคุมการหายใจทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกมีทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดและการใช้ยา² นอกจากสาเหตุการเสียชีวิตจากความรุนแรงของโรคแล้ว ภาวะแทรกซ้อนก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น หรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในประเทศไทย Thailand Hospital Indicator Project (THIP, 2012) ได้รายงานอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย

6.17 ครั้ง/1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ³ สำหรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ.2556-2558 พบจำนวน 482, 498 และ 529 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองจำนวน 120, 111 และ 87 รายตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2.97, 5.50 และ 2.15 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ⁴ ดังนั้น การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงมีความสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษา (comparative case study) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า พ.ศ. 2558-2559 จำนวน 2 ราย กำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) อยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 7 วัน 3) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสังเกต รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ตาราง การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ระยะวิกฤต 1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 43 ปี - ต้มสุราประมาณ 1 ขวดขนาด 150 มิลลิลิตร/ วัน นาน 3 ปี ปัจจุบันยังดื่ม - สูบบุหรี่ 20 มวน/ วัน นาน 2 ปี ปัจจุบันยังสูบ - ความดันโลหิตสูง 3-4 ปี รักษาที่ รพสต. ไม่ต่อเนื่อง	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 59 ปี - ต้มเบียร์ 1- 6 ขวด/ วัน นานกว่า 20 ปี ปัจจุบันยังดื่ม - เลิกสูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี - ดับอักเสบบ 20 ปี ความดันโลหิตสูงและเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (left basal ganglia hemorrhage) 8 ปี	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันเรื่องเพศและอายุ เมื่ออายุมากขึ้นก็มีอัตราเสี่ยงสูงขึ้น เพศชายเกิดโรคมกกว่าเพศหญิงซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ คือภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ⁵ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยง 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยง 2 ด้าน เว้นการสูบบุหรี่ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก แต่ยังดื่มเบียร์มาตลอด ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองแตกสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ จึงต้องควบคุมและรักษาปัจจัยเสี่ยง การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง และการที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีประวัติดับอักเสบบ ส่งผลต่อการสังเคราะห์สารควบคุมการแข็งตัวของเลือดลดลง ทำให้เลือดหยุดยาก พยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดหยุดยาก
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	- ไม่รู้สึกตัว ตัวเกร็ง ตาเหลือก ประมาณ 15 นาที อาเจียนพุ่ง 4 ครั้ง ไม่พูด แขนขาขวาอ่อนแรง - ความดันโลหิต 224/ 115 มิลลิเมตรปรอท - CT scan brain: Left basal ganglia hemorrhage 60 มิลลิลิตร	- ไม่รู้สึกตัวแขนขาซ้ายอ่อนแรง - ความดันโลหิต 200/ 120 มิลลิเมตรปรอท - CT scan brain ครั้งที่ 1: Right basal ganglia hemorrhage 25-30 มิลลิลิตร with Intraventricular hemorrhage ครั้งที่ 2: Right basal ganglia hemorrhage 40-50 มิลลิลิตร with Intraventricular hemorrhage with brain edema	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการแสดงที่ไม่แตกต่างกัน อาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใด ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป อาเจียนพุ่ง ความดันโลหิตสูง เนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก แต่พยาธิสภาพตรงข้ามกัน จากผล CT scan brain พบเลือดออกที่ตำแหน่งเดียวกันแต่คนละด้าน ผู้ป่วยรายที่ 1 เลือดออกในสมองบริเวณเบซัลแกงเกลียด้านซ้าย ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขาด้านตรงข้าม ทำให้แขนขาขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยรายที่ 2 เลือดออกในสมองบริเวณเบซัลแกงเกลียด้านขวาและเลือดเข้าไปในโพรงน้ำไขสันหลัง ทำให้แขนขาซ้ายอ่อนแรง การที่ผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองขนาดใหญ่ กตัญญูควบคุมการหายใจทำให้ไม่รู้สึกตัวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลตลอดเวลา พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และให้การพยาบาลทันเวลาเมื่ออาการทางระบบประสาทเลวลง ⁶ ถ้า GCS ลดลง ≥ 2 หรือ motor movement ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ทันที
3. การรักษา	- ได้รับการผ่าตัด Left craniotomy - ได้รับยาลดปวด	- ได้รับการผ่าตัด Right craniectomy - ได้รับยาลดปวด	- การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยรายแรกได้รับการผ่าตัดแบบปิดกะโหลกศีรษะทันทีที่เพราะเลือดที่ออกมีขนาดใหญ่ 60 มิลลิลิตรและ GCS < 8 ผู้ป่วยรายที่ 2 สังเกต

ตาราง การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

	Tramal และยา Onsia ป้องกันการอาเจียน - ใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้ยาลดความดันโลหิต - ได้ยาลดภาวะสมองบวม - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้รับการผ่าตัด Tracheostomy	Tramal และยา Plasil ป้องกันการอาเจียน - ใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้ยาลดความดันโลหิต - ได้ยาลดภาวะสมองบวม - ได้รับการประเมินภาวะเสียเลือด - ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้รับ hypertonic solution เพื่อแก้ไขภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ - ได้รับการผ่าตัด Tracheostomy - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาการติดเชื้อแผลเจาะคอ	อาการทางระบบประสาทก่อนเนื่องจากเลือดที่ออกขนาด 25- 30 มิลลิลิตร เมื่อผู้ป่วยมี motor movement ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ พบขนาดก้อนเลือดใหญ่ขึ้นเป็น 40-50 มิลลิลิตร เข้าไปในโพรงน้ำไขสันหลังและสมองบวมร่วมกับ GCS ลดลง 2 คะแนน แพทย์จึงทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาก้อนเลือดออกแล้วไม่ปิดชั้นกะโหลกศีรษะกลับเข้าไป เนื่องจากมีภาวะสมองบวม⁷ และดูแลไม่ให้นอนทับแผลผ่าตัดเนื่องจากไม่มีกะโหลกศีรษะ - ผู้ป่วยได้ยาลดปวด Tramal ทั้ง 2 ราย โดยฉีดยาป้องกันการอาเจียน 10 นาที ก่อนฉีดยา Tramal - ได้รับยากลุ่ม Osmotic diuretic ซึ่งมีฤทธิ์ในการดึงน้ำออกจากสมอง⁸ ต้องประเมินสัญญาณชีพ และติดตามความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ - ได้รับการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง⁹ โดยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ - ได้รับยาลดความดันโลหิตเพื่อไม่ให้ความดันโลหิตสูงมาก อันอาจจะเป็นเหตุให้มีเลือดออกซ้ำเพิ่มขึ้นอีก¹⁰ ประเมินสัญญาณชีพทุก 10 นาที ปรับเพิ่ม-ลดยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตค่าบน ≤ 160 มิลลิเมตรปรอท หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นดับอักเสบทำให้เลือดออกง่าย ส่งผลให้มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ค่า INR สูงต้องได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำได้รับ Hypertonic solution พร้อมกับให้เกลือทางอาหาร จากการที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ใช้ระยะเวลารักษา 30 วัน นานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ใช้เวลา 19 วัน
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	<u>ระยะวิกฤต</u> 1. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. ญาติวิตกกังวล 4. มีโอกาสเกิดแผลกดทับ 5. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากอยู่ในช่วง	<u>ระยะวิกฤต</u> 1. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. ญาติวิตกกังวล 4. มีโอกาสเกิดภาวะ Alcohol withdrawal 5. มี Hypophosphatemia 6. มีโอกาสเกิดแผลกด	- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาที่ซับซ้อนและมากกว่าจากโรคตับอักเสบที่ทำให้ผลเลือดมีความผิดปกติ ค่าฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ ค่า INR สูง มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ความเข้มข้นเลือดต่ำ ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ จากปัญหาดังกล่าวจึงต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 - ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดจากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความเสี่ยงต่อการสูดสำลัก ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจจะไปขัดขวางการไออย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการคั่งค้างของเสมหะ¹¹ โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้นำ WHAM Bundle มาใช้เพื่อป้องกันภาวะปอด

ตาราง การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

	การพยาบาลเครื่องช่วยหายใจ 6. ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 7. มีโอกาสเกิดข้อติดในแขนขาข้างที่อ่อนแรง 8. ท้องผูกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	ทับ 7. ชีตจากการเสียเลือด 8. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากอยู่ในช่วงการพยาบาลเครื่องช่วยหายใจ 9. มีโอกาสเกิดข้อติดในแขนขาข้างที่อ่อนแรง 10. ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 11. ท้องผูกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 12. มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน 13. มีภาวะ Hyponatremia 14. มีการติดเชื้อแผลเจาะคอ	อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ¹² โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้ <u>Wean:</u> พิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด ผู้ป่วยรายที่ 1 เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2 วันหลังผ่าตัด เมื่อเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงใช้เวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 13 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ 1 วันหลังผ่าตัดได้นาน 3 วัน เมื่อเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและมีหายใจเหนื่อยจึงหยุดหย่าเครื่องช่วยหายใจและเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจอีกครั้งใช้เวลานาน 9 วัน เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถขับเสมหะเองได้จึงต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนท่อหลอดลมคอ <u>Hand Hygiene:</u> การล้างมือก่อนหลังทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น ดูดเสมหะ ให้อาหารทางสายยาง <u>Aspiration Prevention:</u> Head of bed: จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา Cuff Pressure: ให้มีค่า 25-30 เซนติเมตรน้ำ โดยประเมินแวลละ 1 ครั้งหลังดูดเสมหะเพื่อไม่ให้เกิดการหลุดสลัก ให้เพิ่มความดันถึง 30 เซนติเมตรน้ำเพราะเมื่อถอดจากเครื่องวัดความดันจะลดลง และบันทึกค่าที่วัดครั้งแรกและความดันที่เพิ่ม Oral suction: suction ในปากก่อน suction ใน tube <u>Mouth Hygiene:</u> ทำความสะอาดในช่องปาก/ แปรงฟัน ทุก 8 ชั่วโมง
ระยะฟื้นฟู การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	- ไม่รู้สึกตัว E4VTM5 รูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง แขนขาขวาอ่อนแรงมาก แขนขาซ้ายยกได้ดี on silver tube และหายใจเอง ใส่สายยางให้อาหาร ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไม่มีแผลกดทับ - ผู้ดูแลคือบุตรสาว - ส่งต่อรักษาฟื้นฟูโรงพยาบาลใกล้บ้าน	- ไม่รู้สึกตัว E2VTM4 รูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเล็กน้อยทั้ง 2 ข้าง แขนขาขวาอ่อนแรงเล็กน้อย แขนขาซ้ายอ่อนแรงมาก on silver tube และหายใจเอง ใส่สายยางให้อาหาร ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ - ผู้ดูแลคือภรรยา - จำหน่ายทุเลา	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่รู้สึกตัว จึงต้องเตรียมผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย¹³ ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงเหลือและสิ่งที่ต้องดูแลต่อเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ 2) การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางระบบประสาทที่เลวลง หายใจเหนื่อย เลือดในสายยางให้อาหาร 3) แนะนำสอนให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัวลดไข้ การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดป้องกันข้อติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การเฝ้าระวังการพลัดตกเตียง การให้น้ำผลไม้หรือยาละลายเพื่อแก้ภาวะท้องผูก ด้านภาวะความดันโลหิตสูงต้องรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง - ผู้ป่วยรายที่ 1 ส่งกลับโรงพยาบาลชุมชนจึงมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายที่ 2 กลับบ้าน พยาบาลสอนการดูดเสมหะ การถอดล้าง Inner tube ส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน (HHC) โทรศัพท์ วันที่ 3 และวันที่ 7 หลังจำหน่ายเพื่อติดตามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหา

สรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพยาบาลต้องใช้ทักษะ ความรู้ความสามารถในการประเมินปัญหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกทั้งอาการอาการแสดงทางระบบประสาทที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ GCS ลดลง ≥ 2 คะแนนหรือ motor movement ลดลง 1 คะแนน ความดันโลหิตที่สูงเกินที่แพทย์กำหนด และให้การพยาบาลทันเวลาใน 1 ชั่วโมง การป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ WHAM Bundle เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายโดยให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล จนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Annual Report 2015. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease; 2015.
2. Puntuvej N, Champakeaw L. World stroke campaign 2014 [internet]. 2015. [cited 2016Oct7]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58.pdf>
3. Watcharanat P, Namvongprom A, Pakdevong N. The Effectiveness of Nursing Care Protocol on Ventilator Associated-Pneumonia in Patients with Mechanical Ventilator. Kuakarun Journal of Nursing 2015, 22:144-55.
4. Prapokklao Hospital. Conclusions of Department of Neurosurgery.2013- 2015. Chanthaburi: Statistical records Prapokklao Hospital; 2016.
5. Limpastan K. Cerebrovascular diseases. 2nd ed. Chaimai: Trio advertising & media; 2012.
6. Prasat Neurological Institute. Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke. Bangkok: Thai Neurological Nurse Society; 2007.
7. Punder R. Nursing Surgical Patient. 3rd ed. Philadelphai: Elsevier Limited; 2010.
8. Panwilai J, Akavipat P. Borisut S. The care of stroke patients in the emergency phase fo nursing. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2012; 27: 53-64.
9. Hengyotmark A, Kusum W. Nervous System Alteration. In Kusum W, Editor. Critical Care Nuresing: A Hoslistic Approach. 4th ed. Bangkok: Sahaprachapanic. 2010. p 286-97.
10. Suwatcharangkoon S. Management of acute stroke patients with increased intracranial pressure. J Thai Stroke Soc 2015;14:94-101.
11. Bamrasnaradura infectious Diseases institute. Ventilator-Associated Pneumonia (VAP). Bangkok: National Office of Buddhism Printing; 2009.
12. Tablan OC, Andrson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guideline for Preventing Kealth-Care-Associated

Pneumonia [internet]. 2003 [cited 2016 Nov 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

13. Satitpan C. The Nursing Management of Discharge Planning Program for Stroke Patients at the Tertiary Level Hospital in Suphanburi Province [internet]. 2555. [cited 2016 Oct 7]. Available from:<http://library.christian.ac.th/thesis/document/T033059.pdf>