

## กรณีศึกษาและการวางแผนการพยาบาล: การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยมะเร็ง

อภิฤดี พาผล<sup>1</sup>, สุรรัตน์ แก้วเอก<sup>1</sup>, อุไร ชลยุนาค<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

### บทคัดย่อ

รายงานกรณีศึกษาและการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษา adenocarcinoma at scalp, post operation wide excision with malignant left pleural effusion, underlying double vessel disease with old ischemic stroke ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมะเร็งจะมีลักษณะเฉพาะหรือไม่นั้นยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่นอกจากนี้ การวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของมะเร็งแต่ละประเภทต่อผลลัพธ์ของโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อยมาก ในผู้ป่วยรายนี้มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับมะเร็ง ผู้ป่วยรายนี้ขณะเข้ามารับการรักษา ผ่าตัดแผลเรื้อรังที่ศีรษะ ร่วมกับการทำ pleu-roscope และ on intercostal drainage (ICD) แบบ 3 ขวด พบภาวะ dysarthria ภายหลังการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะรับไว้ในความดูแล ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยเป็นภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด 2) อาการปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ 3) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเยื่อหุ้มปอดสูญเสียหน้าที่ 4) มีความบกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากพยาธิของโรค และ 5) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขและฟื้นฟูปัญหาการพูดและแก้ไขปัญหาคายใจ เนื่องจากภาวะ malignant left pleural effusion

**คำสำคัญ:** กรณีศึกษา, การวางแผนการพยาบาล, การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

### บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือที่เรียกว่า cerebrovascular accident (CVA) เป็นภาวะทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการอุดตันของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตาย อาจเกิดจากการอุดตันหรือแตกของหลอดเลือด ซึ่งทำให้เกิด ischemic stroke หรือ hemorrhagic stroke<sup>1</sup> อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560 - 2563 ซึ่งอาจเกิดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่อาจส่งผลกระทบต่อเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมาตรการ lock down และการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพที่ลำบากในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 อุบัติการณ์ผู้ป่วย acute ischemic stroke สูงสุด คือ 265 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป<sup>2</sup>

Cancer-associated stroke (CAS) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบไม่บ่อยแต่ร้ายแรง มะเร็งซึ่งเนื้องอกเนื้อร้ายหรือการแพร่กระจายของมะเร็งนั้นรุกรานหรือกดทับหลอดเลือดในสมองส่งผลให้เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง<sup>3</sup> ประมาณร้อยละ 7-16 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบร่วมกับมะเร็ง<sup>4</sup> CAS อาจเกี่ยวข้องกับสาเหตุที่กล่าวข้างต้น และยังรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง เช่น การแข็งตัวของเลือด หลอดเลือดอุดตันของเนื้องอก หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา<sup>5,6</sup> adenocarcinoma อาจเป็นสาเหตุถึงร้อยละ 70 ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง<sup>7</sup> อย่างไรก็ตามการที่มะเร็งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือด ผลที่เกิดพยาธิสภาพหรือกลไกของโรคหลอดเลือด

รับต้นฉบับ ธันวาคม 2567, ปรับปรุงต้นฉบับ ธันวาคม 2567, ตอรับต้นฉบับตีพิมพ์ ธันวาคม 2567

เลือดสมองหรือผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน<sup>9</sup> งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 6.9 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดในผู้สูงอายุมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหนึ่งปีหลังการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ร้อยละ 3.2 เทียบกับในกลุ่มควบคุม<sup>9</sup> การพบผู้ป่วยและการจัดการ CAS มักจะแตกต่างจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยให้ผลลัพธ์ที่แย่กว่า CAS มักจะได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามของมะเร็ง และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น<sup>2</sup>

ในรายงานนี้ จะอธิบายกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายซึ่งกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พบอาการ dysarthria เป็นกลุ่มของความผิดปกติของการพูดที่เกิดจากการบาดเจ็บทางระบบประสาท และมีลักษณะเฉพาะ คือ ความผิดปกติของการหายใจ การออกเสียง เสียงที่เปล่งออก เสียงสะท้อน และหรือฉันทลักษณ์ เนื่องจากความผิดปกติของความแข็งแรง อัตรากว้าง ความหนักแน่น น้ำเสียง หรือความแม่นยำของกลไกการพูด<sup>10</sup> ร่วมกับมะเร็งปอดระยะลุกลามหรือที่เรียกว่า มะเร็งปอดระยะที่ 4 ถือเป็นระยะร้ายแรงและลุกลาม (malignant) โรคที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายจากปอดไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เป็นสาเหตุสำคัญของการการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง

### รายงานกรณีศึกษา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaint ; CC) แพทย์นัดมาผ่าตัดที่ศีรษะ 1 วันก่อนมาโรง

พยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness ; PI)

1 วัน แพทย์นัดผ่าตัดแผลที่ศีรษะ

ผู้ป่วยเคย admit เดือนมกราคม 2567 มีแผลที่ศีรษะ หลังจากออกจากโรงพยาบาล แผลที่ศีรษะไม่ดีขึ้น แพทย์นัดมาผ่าตัดรักษาแผลที่ศีรษะ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history: PH)

มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น และโรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ยาเดิม ได้แก่ ASA, Atorvastatin รับการรักษาที่โรงพยาบาล รับประทานยาตลอด

Case chronic wound at scalp, status post biopsy, pathology: involved by adenocarcinoma, double vessel disease status post percutaneous coronary intervention (PCI) with drug eluting stent (DES), last echo พบ LVEF 38-45%

ผู้ป่วยอายุ 70 ปี Glasgow Cong Scale 15 คะแนน (E4 V5 M6) มีแผลที่ศีรษะปิดก๊อสไว้ไม่มี discharge ซึม on O2 cannula 5 lit/min, on Heparin lock, on intercostal drainage (ICD) แบบ 3 ขวด with suction ด้านซ้าย content ออกจาก ICD 100 cc สีแดง มีแผลเนื้อตายที่นิ้วเท้าขวา on monitor EKG ไร่ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.2 oc, ชีพจร 82 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 136/82 mmHg O2 sat 98 %

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

White blood cell	14,300 cells/cu.mm.	Neutrophil	78 %	Blood Urea Nitrogen (BUN)	12.2 mg/dL
		Lymphocyte	6 %	Creatinine (Cr)	1.31 mg/dL
Red blood cell count	4.9 x 10 <sup>6</sup> cell/mm <sup>3</sup>	Monocyte	10 %	Estimated Glomerular Filtration Rate	
		Eosinophil	6 %	(eGFR)	1.23 mL/min
Hemoglobin (Hb)	11.6 g/dl	Basophil	1 %	Sodium (Na)	138 mmol/L
Platelet	280,000 cells/cu.mm	MCV	74.2 fL	Potassium (K)	3.2 mmol/L
		MCH	23.6 pg.	Chloride	107 mmol/L

## การวินิจฉัย

Adenocarcinoma at scalp, post operation wide excision with malignant left pleural effusion, underlying double vessel disease with old ischemic stroke

## การรักษา

Post operation order for wide excision : Morphine 3 mg v q 6 hr c<sup>-</sup> prn, ตรวจ lab : CBC, hemoculture, urinary analysis, urine culture, ส่ง

pleuroscopy และ on ICD แบบ 3 ขวด ตามผล pleural tissue, dry dressing at scalp เข้า เย็น, add ไข้ขาว 1 ฟอง/มือ 300 ccx 4 feeds, record vital signs, intake/out put, 2 วันหลังผ่าตัด พบภาวะ dysarthria แพทย์พิจารณาส่ง CT scan brain

ยาที่ได้รับ Tazocin 4.5 gm v q 6 hr, ASA 1 tab • pc, Pantoprazole (40) 1 tab • ac, Bisoprolol (5) ½ tab • pc, Atorvastatin (40) 1 tab • hs, Lasix (40) 1 tab • pc, Spironolactone (20) 1 tab • pc, NaCl (300) 3 tab • bid pc

## สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลระหว่างรับไว้ในความดูแล

วันที่ 1-3 หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	วันที่ 4 หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยเป็นภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด</li> <li>2. ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ</li> <li>3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเยื่อหุ้มปอดสูญเสียหน้าที่</li> <li>4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด: ติดเชื้อ</li> <li>5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยเป็นภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด</li> <li>2. ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ</li> <li>3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเยื่อหุ้มปอดสูญเสียหน้าที่</li> <li>4. มีความบกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากพยาธิของโรค</li> <li>5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด: ติดเชื้อ</li> <li>6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วย</li> </ol>

## การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยเป็นภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

### ข้อมูลสนับสนุน

- สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 oc, ชีพจร 82 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 136/82 mmHg, O<sub>2</sub> sat 98 %

- การวินิจฉัยโรค malignant left pleural effusion มี content ออกจาก ICD 100 cc สีแดง

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการลักษณะการหายใจ ประเมินสัญญาณชีพ<sup>11</sup> ทุก 1-2 ชั่วโมงแรก หากพบว่าอาการและสัญญาณชีพคงที่ประเมินทุก 4 ชั่วโมง<sup>12</sup>
2. ประเมินความปวดและระดับความวิตกกังวล

### ของผู้ป่วย<sup>11</sup>

3. ประเมินความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ของผู้ป่วย<sup>11</sup> ฟังเสียงการหายใจ<sup>12,13</sup> ติดตามค่า O<sub>2</sub> saturation
4. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30° หรือลุกนั่ง<sup>12</sup>
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุและสาเหตุของอาการหายใจลำบาก
6. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เป็น O<sub>2</sub> cannula 5 lit/min
7. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าลึกๆ (deep breathing) และไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough)
8. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ สังเกตรูปแบบการหายใจ จังหวะการหายใจ การหายใจทางรูจมูก การมีกล้ามเนื้อในการหายใจ SpO<sub>2</sub> ซ้ำทุก 2 ชั่วโมง<sup>13</sup>
9. ดูแลให้ได้รับยา Lasix (40) 1x1 • pc ตามแผนการรักษาและสังเกตภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความ

ดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ทำให้มีอาการสับสน มีอาการของการสูญเสียโซเดียม

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยยังบ่นเหนื่อยเวลาทำกิจกรรม เช่น ลูกนั่งบนเตียง อุณหภูมิ 36.9oc, ชีพจร 78 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 141/88 mmHg, O<sub>2</sub> sat 100 %, มี content ออกจาก ICD 50 cc สีแดง

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่าปวด pain score = 8 คะแนน
- ผู้ป่วยแสดงอาการปวด เมื่อพลิกตะแคงเปลี่ยนท่า

ทำ

- สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 oc, ชีพจร 82 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 136/82 mmHg, O<sub>2</sub> sat 98%

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

อาการปวดทุเลาลง

#### กิจกรรมการพยาบาล<sup>14</sup>

1. ประเมินความปวดโดยใช้ Numeric Pain Scale<sup>11</sup> ประเด็นที่พยาบาลต้องใส่ใจในการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ ประเมินความเจ็บปวดทั้งขณะพักและขณะเคลื่อนไหว

2. คำนึงถึงการรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วยตนเอง และใช้ระดับความเจ็บปวดที่เหมาะสม บันทึกความรุนแรง คุณภาพ ตำแหน่ง เวลาและระยะเวลา ปัจจัยที่ทำให้รุนแรงขึ้นและการบรรเทา ตลอดจนการรักษาอาการปวดก่อนหน้าและประสิทธิผล

3. การประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการรักษาทุกครั้ง ให้ประเมิน รักษา และประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 4-8 ชั่วโมง ทั้งความเจ็บปวดและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย

4. กำหนดคะแนนความเจ็บปวดสูงสุดที่เสนอให้ในการบรรเทาอาการปวด

5. ประเมินอาการปวดรุนแรงที่ไม่คาดคิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเกี่ยวข้องกับสัญญาณชีพที่

เปลี่ยนแปลง (ความดันเลือดต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หรือมีไข้)

6. ควรพิจารณาการวินิจฉัยใหม่ๆ เช่น แผลแตก การติดเชื้อ หรือภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน

7. แนะนำสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการบริหารความปวด เมื่อเหมาะสม

8. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาที่ได้แก่ ให้ Mo 3 mg v ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ทุก 6 ชม. และเมื่อจำเป็นตามแผนการรักษา<sup>15</sup> และประเมินผลข้างเคียงของยา เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

9. ประเมินผู้ป่วยซ้ำหลังการให้ยาแก้ปวด

10. บันทึกการประเมินความเจ็บปวด

11. รายงานผลให้ทีมจัดการความเจ็บปวด

### ประเมินผลการพยาบาล

วันแรกหลัง on ICD ผู้ป่วยบ่นเจ็บหน้าอกและบริเวณแผลเวลาหายใจ และขยับตัว Pain score = 8 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง

วันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังมีอาการปวด บ่นเจ็บเวลาลุกขึ้นทำกิจกรรมต่างๆ pain score = 6 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9oc, ชีพจร 78 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 141/88 mmHg, O<sub>2</sub> sat 100 % ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเยื่อหุ้มปอดสูญเสียหน้าที่

#### ข้อมูลสนับสนุน

- White blood cell (WBC) 14,300 cell/μl

- สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 oc, ชีพจร 82 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 136/82 mmHg, O<sub>2</sub> sat 98 %

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ สายระบายเลื่อนตำแหน่งหรือหลุด ก่อให้เกิด subcutaneous emphysema หรือ pneumothorax, การบาดเจ็บต่ออวัยวะภายใน สายระบายอุดตันโดยลิ่มเลือดหรือ fibrin, ปอดแฟบ และปอดอักเสบ<sup>16</sup> เป็นต้น

#### กิจกรรมการพยาบาล<sup>12, 17</sup>

1. ประเมินและบันทึกลักษณะสิ่งที่จะระบายออก

มาและทำเครื่องหมายไว้ข้างขวระดับ วันเวลาของการบันทึก ซึ่งควรทำอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

2. ประเมินการเกิดอากาศใต้ผิวหนังโดยการคลำผิวหนังรอบๆ ท่อระบาย ทรวงอกบริเวณทรวงอก ลำคอ และบริเวณใบหน้า พร้อมทั้งจดบันทึกการเกิดและบริเวณที่เกิดอากาศ ใต้ผิวหนังทุก 8 ชั่วโมง

3. ตรวจสอบการต่อของระบบระบายทรวงอกให้ถูกต้อง โดยการระบายทรวงอกชนิด 3 ขวด ประกอบด้วย ขวดรองรับสารเหลวที่ต่อมาจากผู้ป่วย 1 ขวดต่อกับขวดผนึกกันอากาศซึ่งมีหลอดแก้วจุ่มอยู่ในน้ำ 2 เซนติเมตร อีก 1 ขวด และต่อกับขวดควบคุมความดันซึ่งจะมีหลอดแก้วจุ่มอยู่ในน้ำ 10 เซนติเมตรเป็นขวดที่ 3

4. สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วและลมปุดในหลอดแก้ว

5. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่อระบายน้ำอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วย

6. ทำแผลด้วยหลักการปลอดเชื้อ ขณะทำแผลสังเกตลักษณะผิวหนังรอบท่อระบายทรวงอกลักษณะ discharge ที่ออกมา ทุก ๆ 24 - 48 ชม.

7. ตรวจสอบตำแหน่งผ้าปิดแผลที่หน้าอกของผู้ป่วย

8. หากพบว่ามีอาการอุดตันควรกระทำโดยการบีบสายเบาๆ อย่างนุ่มนวล และทำเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

9. ส่งตรวจจริงสีทรวงอกหลังใส่ท่อระบายทรวงอก

10. สอนและแนะนำวิธีการหายใจลึกและยาว โดยไขกล้ามเนื้อกระบังลมและใช้แขนร่วมด้วย

11. สอนและแนะนำวิธีการหายใจ โดยใช้ Tri-flow ช่วยในการบริหารปอด โดยสูดลมหายใจเขาออกปกติ จากนั้นหายใจเขา-ออกลึกๆ ยาวๆ 5 ครั้ง ให้ผู้ป่วยใช้ปากคาบ mouth pieceให้สนิท และสังเกตลูกบอลใน spirometer ว่ามีการลอยสูงมากขึ้นหรือน้อยในแต่ละครั้ง

12. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น การเปลี่ยน ท่านอนการพลิกตะแคงตัว หรือการทำกิจวัตรประจำวันเองบนเตียง

**ประเมินผลการพยาบาล**

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ ICD ระหว่างที่รับไว้ในความดูแล

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด: ติดเชื้อ**

**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น adenocarcinoma at scalp ได้รับการผ่าตัด wide excision

- White blood cell (WBC) 14,300 cells/cu.mm.

- สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 oc, ชีพจร 82 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 136/82 mmHg, O2 sat 98 %

**วัตถุประสงค์การพยาบาล**

ไม่เกิดการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ให้ความสำคัญการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การจำแนกประเภท ปัจจัยเสี่ยง และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสัญญาณและอาการของการติดเชื้อในบริเวณผ่าตัด

2. ปฏิบัติตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อและบริเวณที่ทำการผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อ

3. ประเมินลักษณะของบาดแผล

4. ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัด โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

5. ให้ยาปฏิชีวนะ 18 ตามแผนการรักษา ได้แก่ Tazocin 4.5 gm v q 6 hr และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้แก่ บริเวณที่ฉีด อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและถ่ายเหลว

6. บันทึกลักษณะของบาดแผลในบันทึกทางการพยาบาลหลังให้การพยาบาล เพื่อช่วยให้สามารถประเมินการรักษาบาดแผลหรือมาตรฐานการดูแลบาดแผลย้อนหลัง การบันทึกลักษณะของแผลยังช่วยในการประเมินอาการเริ่มต้นของการติดเชื้อได้ อีกทั้งยังเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพอื่นอีกด้วย

**ประเมินผลการพยาบาล**

แผลแห้งดี ดูแลปิดก๊อส์ไว้ อุณหภูมิ 36.9oc ชีพจร, 78 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดัน

โลหิต 141/88 mmHg, O2 sat 100 % ยังไม่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม

**หลังรับไว้ในความดูแลวันที่ 4** พบว่าผู้ป่วย Glasgow Cong Scale 15 คะแนน (E4 V5 M6) pupil 3 min reaction to light both eye, motor power แขน ขา ซ้าย-ขวา ระดับ 5, เวลาพูดผู้ป่วยมีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แพทย์จึงพิจารณาส่งทำ CT-scan brain ผลการตรวจ

CT scan brain: generalized brain atrophy with prominent ventricular system

IMP: Proral Ageing brain atrophy with a few old lacunar infarction at both cerebellar hemisphere, left occipital lobe and right thalamus

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วย**

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าตนเองเป็นอะไร  
- ติดตามอาการและคอยสอบถามข้อมูลเวลาเข้าไปให้การพยาบาลทุกครั้ง

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

#### กิจกรรมการพยาบาล<sup>19</sup>

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล
2. อยู่เป็นเพื่อน ดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สงบ ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว
3. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้อง

4. อธิบายกระบวนการดำเนินของโรค อากาแผนการรักษา กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาหรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับโรคและอาการ

5. หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลเกินความจำเป็น และเกินกว่าที่ผู้ป่วยรับได้ เพราะข้อมูลในด้านลบบางอย่างอาจทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติยอมรับได้ว่าตัวเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และปฏิบัติตามแผนการรักษา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีความบกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากพยาธิของโรค**

#### ข้อมูลสนับสนุน

- Glasgow Cong Scale 15 คะแนน (E4 V5 M6) pupil 3 min reaction to light both eye, motor power แขน ขา ซ้าย-ขวา ระดับ 5

- เวลาพูดผู้ป่วยมีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัด

- CT brain (วันที่ 4 หลังรับไว้ในความดูแล)

: ageing brain atrophy with a few old lacunar infarction at both cerebellar hemisphere at left occipital lobe and right thalamus

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสื่อสารโดยการพูดได้ชัดเจน และสามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ดี

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. การประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางการสื่อสารความหมาย ควรประเมินคัดกรองความผิดปกติ ทางภาษาและการพูด โดยใช้แบบประเมินความผิดปกติ ของการสื่อความหมาย เบื้องต้นของสถาบันประสาทวิทยา<sup>20</sup> 12 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินความผิดปกติของการสื่อความหมาย สำหรับผู้ที่ไม่ใช่หนักแก้ไขการพูดและหนักแก้ไขการพูด (นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย)

หัวข้อในการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1. สนทนากับผู้รับการประเมิน สังเกตว่าผู้รับการประเมินพูดสื่อ ความหมายได้หรือไม่ เช่น ถามชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ จำนวนบุตร ความรู้สึก สภาพอากาศ การเดินทาง ชื่อผู้ดูแลหรือญาติ ที่มา ด้วย เป็นต้น สามารถกระตุ้นถามได้ตามความเหมาะสม ใช้เวลา ประเมิน 1 นาที	พูดสื่อความหมายได้	1
	พูดสื่อความหมายไม่ได้	0
2. ผู้รับการประเมินปฏิบัติตามคำสั่ง 1 ขั้นตอน โดยผู้ประเมินออก คำสั่งต่อไปให้ผู้รับ การประเมินทำตามทีละคำสั่ง “ยิ้ม” “แบมือ” “ส่ายหน้า” “นับเลข 3-7” “ยกมือขึ้นตืดๆ กัน 3-5 ครั้ง”	ทำได้ถูกต้องครบทั้ง 5 คำสั่ง	1
	ทำไม่ถูกต้องหรือไม่ครบ	0
3. ให้ผู้รับการประเมินปฏิบัติตามคำสั่ง 2 ขั้นตอน โดยผู้ประเมิน ออกคำสั่งให้ผู้รับการ ประเมินทำตามทีละคำสั่งโดยพูดครบทั้ง ประโยคในครั้งเดียวก่อนจึงจะให้ผู้รับการประเมิน ปฏิบัติ “หลับตาแล้วยิ้ม” “ชูมือขึ้นแล้วโบกไปมา”	ทำได้ถูกต้องครบทั้ง 2 คำสั่ง	1
	ทำไม่ถูกต้องหรือไม่ครบ	0
4. ให้ผู้รับการประเมินชี้ภาพตามคำบอก ทีละภาพ “ปากกา” “แก้ว” “กุญแจ” “แมว” “กางเกง”	ชี้ถูกต้องครบทั้ง 5 ภาพ	1
	ชี้ได้ไม่ครบ	0
5. ให้ผู้รับการประเมิน ดูแผ่นภาพแล้วบอกชื่อภาพ ทีละภาพ “ปากกา” “แก้ว” “กุญแจ” “แมว” “กางเกง”	บอกชื่อถูกต้องครบ 5 ภาพ	1
	บอกชื่อไม่ถูกต้อง	0
6. ให้ผู้รับการประเมิน ดูแผ่นภาพแล้วเล่าเรื่องจากภาพให้เป็นประโยคยาวๆ และมีเนื้อหาต่อ เนื่องกัน กระตุ้นให้ผู้รับการ ประเมินพูดบรรยายภาพให้ได้มากที่สุดในเวลา 1 นาที	พูดเป็นประโยคมีเนื้อหา ตามภาพได้อย่างต่อเนื่อง	1
	พูดเป็นคำๆ หรือไม่เกี่ยวข้องกับภาพ	0
7. ให้ผู้รับการประเมินนับเลขจาก 1-50	นับได้ถูกต้อง	1
	นับไม่ถูกต้อง	0
8. ให้ผู้รับการประเมินพูดตามประโยคทีละประโยค “เมื่อคืนฉัน เห็นเขารับโทรศัพท์” และ “ฉันล้างจานทันทีที่กินข้าวเสร็จ”	พูดตามได้แล้วฟังรู้เรื่องครบทุกพยางค์ ชัดเจน ทั้ง 2 ประโยค	1
	พูดได้ไม่ครบ หรือ พูดแล้วฟังไม่เข้าใจ	0
9. ให้ผู้รับการประเมินดูแล้วอ่านประโยคทีละประโยค “พิกิน มะม่วง” และ “ฉันนอนไม่หลับ” *หมายเหตุ ถ้าผู้รับการประเมินไม่เคยเรียนรู้การอ่านมาก่อนไม่ต้องทำการทดสอบแต่ให้ คะแนนเท่ากับ 1	อ่านออกเสียงได้ถูกต้องทั้ง 2 ประโยค	1
	อ่านไม่ครบ หรือ อ่านแล้วฟังไม่เข้าใจ	0
10. ให้ผู้รับการประเมินสะกดคำ “นา” “หาย” “กระตูก” *หมายเหตุ ถ้าผู้รับการประเมินไม่เคยเรียนรู้การอ่านมาก่อนไม่ต้องทำการทดสอบแต่ให้ คะแนนเท่ากับ 1	สะกดได้ถูกต้อง 3 คำ	1
	สะกดได้ไม่ครบทุกคำ	0
11. ให้ผู้รับการประเมินเขียนชื่อสัตว์ 3 ชื่อ *หมายเหตุ ถ้าผู้รับการประเมินไม่เคยเรียนรู้การอ่านมาก่อนไม่ต้องทำการทดสอบแต่ให้ คะแนนเท่ากับ 1	เขียนได้ครบและถูกต้อง 3 คำ	1
	เขียนได้ไม่ครบทุกคำ	0
12. ให้ผู้รับการประเมินหาผลบวกของเลข 2+7=.....	คำตอบคือ 9	1
	คำตอบไม่ใช่ 9	0
<b>การวิเคราะห์การประเมิน</b>		
แสดงว่าผู้รับการประเมินสามารถพูดสื่อความหมาย ฟัง และ ปฏิบัติตามคำพูด อ่านและ เขียนต่างๆ ไปได้	เท่ากับ 12	
แสดงว่าผู้รับการประเมินมีความบกพร่องทางการพูดสื่อความหมายฟังและปฏิบัติตามคำ พูด อ่านและเขียนต่างๆ ไปอย่างไร อย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งเป็นภาวะสูญเสียการสื่อ ความหมายได้	น้อยกว่า 12	

2. สอนและฝึกกล้ามเนื้อในการพูด
3. ให้ความเวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการพูดและแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง
4. ขณะพูดกับผู้ป่วยใช้คำถามที่ผู้ป่วยตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ และไม่เร่งรัดคำตอบ
5. ขณะสื่อสารสบตากับผู้ป่วย
6. แสดงการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยในการอธิบายความหมาย
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยกับญาติบ่อยๆ<sup>21</sup>
8. ให้ความสนใจการแสดงออกของผู้ป่วยและรับรู้ในการแสดงออกทางสีหน้า เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยพยายามถ่ายทอดอะไร
9. ทบทวนซ้ำ ย้อนกลับสิ่งที่เข้าใจและตรวจสอบ (โดยใช้คำตอบ “ใช่” “ไม่ใช่”)
10. หากผู้ป่วยไม่เข้าใจ ควรการใช้ถ้อยคำใหม่ เพิ่มภาพเคลื่อนไหว หรือภาษากาย หรือท่าทางเข้าไปในข้อความ หรือใช้ปากกา กระดาษ หรือรูปภาพในการสื่อสาร<sup>22</sup>
11. ดูแลให้ได้รับยา ASA 1 tab • pc และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้แก่ ระบายเคือง กระเพาะอาหาร ทำลายหน้าที่ของเกล็ดเลือด เลือดแข็งตัวช้า

#### ประเมินผลการพยาบาล

Glasgow Cong Scale 15 คะแนน (E4 V5 M6) Pupil 3 min Reaction to Light both eye Motor Power แขน ขา ซ้าย-ขวา ระดับ 5 ผู้ป่วยใช้การสื่อสารถึงความต้องการและตอบคำถาม “ใช่” และ “ไม่ใช่” ผู้ป่วยแสดงถึงความต้องการที่จะสื่อสาร ประเมินแบบประเมินความผิดปกติของการสื่อความหมาย ได้ = 5 คะแนน

#### บทสรุป

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้หลังจากเข้ารับการรักษาผ่าตัดแผลเรื้อรังที่ศีรษะร่วมกับการทำ pleuroscopy และ on ICD แบบ 3 ขวด with suction ด้านซ้าย content ออกจาก ICD เป็นสีแดง ออก 50-100 cc, on O2 cannula 5 lit/min ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง pain

score ระหว่างรับไว้ในความดูแล 6-8 คะแนน ได้รับยา Mo 3 mg v หลังจากการผ่าตัด wide excision ครบ 4 วัน แพทย์พิจารณาตัดไหมแผลที่ศีรษะ หลังตัดไหมแผลที่ศีรษะแห้งดี ดูแล dressing และสังเกตอาการติดเชื้อ และเมื่อครบ 48 ชม.หลัง on ICD แพทย์พิจารณา off ICD ด้านซ้าย และดูแลปิดแผลไว้ สังเกตลักษณะของ pleural effusion ที่อาจรั่วซึมออกมารอบๆ และสังเกตลักษณะการหายใจต่อ ระหว่างที่รับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยพบภาวะการณกลับเป็นเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยมะเร็ง มีอาการพูดไม่ชัด จึงได้รับการทำ CT brain พบ ageing brain atrophy with a few old lacunar infraction at both cerebellar hemisphere at left occipital lobe and right thalamus ได้รับการประเมินความผิดปกติ ของการสื่อความหมาย เบื้องต้น ได้ 5 คะแนน ผู้ป่วยสอนและฝึกกล้ามเนื้อในการพูด ให้ความสนใจการแสดงออกของผู้ป่วยและรับรู้ในการแสดงออกทางสีหน้า เพิ่มภาพเคลื่อนไหว หรือภาษากาย หรือท่าทางเข้าไปในข้อความ หรือใช้ปากกา กระดาษ หรือรูปภาพในการสื่อสาร ผู้ป่วยใช้การสื่อสารถึงความ ต้องการและตอบคำถาม “ใช่” และ “ไม่ใช่” ผู้ป่วยแสดง ถึงความต้องการที่จะสื่อสาร ยังต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู การพูด ภายหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังมีปัญหาการหายใจจากภาวะ malignant left pleural effusion จำเป็นต้องได้รับการเพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจ และการให้คำแนะนำในฟื้นฟูภายหลังการถอด ICD แล้ว จึงควรมีการเตรียมความพร้อม ให้คำแนะนำ ผู้ป่วย และญาติในการวางแผนดูแลตนเอง และส่งเสริม การฟื้นฟูสภาพต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connor JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44: 2064–89.
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือด



เลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2566; 39: 39-46.

3. Dardiotis E, Aloizou AM, Markoula S, et al. Cancer-associated stroke: Pathophysiology, detection and management (review). *Int J Oncol* 2019, 54:779-96.

4. Selvik HA, Thomassen L, Logallo N, Næss H. Prior cancer in patients with ischemic stroke: the Bergen NORSTROKE study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014; 23: 919–25.

5. Bang OY, Chung JW, Lee MJ, Seo WK, Kim GM, Ahn MJ. Cancer-related stroke: An emerging subtype of ischemic stroke with unique pathomechanisms. *Journal of stroke* 2020; 22 : 1–10.

6. Kwon HM. Stroke revisited: Diagnosis and treatment of ischemic stroke. Springer Singapore, Singapore 2017: pp. 207–12.

7. Kim SG, Hong JM, Kim HY, Lee J, Chung PW, Park KY, et al. Ischemic stroke in cancer patients with and without conventional mechanisms: A multicenter study in Korea. *Stroke* 2010; 41 : 798–801.

8. Kim SJ, Park JH, Lee MJ, Park YG, Ahn MJ, Bang OY. Clues to occult cancer in patients with ischemic stroke. *PloS One* 2012; 7 : e44959.

9. Navi BB, Howard G, Howard VJ, Zhao H, Judd SE, Elkind MS V, Iadecola C, Deangelis, LM, Kamel H, Okin PM, Gilchrist S, Soliman EZ, Cushman M, Muntner P. New diagnosis of cancer and the risk of subsequent cerebrovascular events. *Neurology* 2018; 90: e2025–e2033.

10. Duffy JR. Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. 3rd ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2013.

11. Canto DF, Almeida MA. Nursing outcomes for ineffective breathing patterns and

impaired spontaneous ventilation in intensive care. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34:137-45.

12. ศิริธร ศิริแก้ว. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะคาทอระบายทรวงอก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *สรรพสิทธิเวชสาร* 2560; 38: 13-24.

13. Ilkafah I, Fujiyah EF, Purwanto CR, Susanto J. Ineffective breathing pattern nursing care with chronic kidney diseases patient. *Journal of Vocational Nursing* 2022; 3:80-5.

14. Siopi V, Valasiou I, Papageorgiou E, Veliiki N, Tzinevi M, Rallis Th, Gogakos AS, Paliouras D, Asteriou Ch, Anisoglou S, Barbetakis N. Nursing care plan in post-thoracotomy pain management. A brief review. *The Greek E-Journal of Perioperative Medicine* 2015; 13: 71-81.

15. Lovisari F, Favarato M, Giovannini I, Giudici R, Fumagalli R. Chest wall pain management after chest wall trauma. *Journal of Visualized Surgery* 2020 ; 6: 18.

16. กัญญา ฤทธิ์แก้ว, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล และกฤษณ์ แก้วโรจน์. การเปลี่ยนแปลงทางกลศาสตร์ของปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกในระยะวิกฤต :การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล* 2553; 25: 78-88.

17. Chege A, Mwaura J, Kirui A. Evaluation of the nursing management for patients on underwater chest drainage at Kenyatta National Hospital. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2018; 8: 1222-35.

18. Boga SM. Nursing practices in the prevention of post-operative wound Infection in accordance with evidence-based approach. *International Journal of Caring Sciences* 2019; 12 :1229 - 36.

19. ยุพเรศ วรรณชาติ. การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการโรงพยาบาลสงขลาปีที่ 4. 2567.

20. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด 2559.

21. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา 2545.

22. Hemsley B, Sigafoos J, Balandin S, Forbes R, Taylor C, Green VA, Parmenter T. Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35 : 827- 35.